МЭТРЫ МИРОВОЙ ПСИХОЛОГИИ

Под редакцией проф. В. Д. Менделевича

РУКОВОДСТВО ПО АДДИКТОЛОГИИ

ББК88.4
Р84

Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

Руководство предназначено для врачей-наркологов, психиатров, медицинских (клинических) психологов, оказывающих медико-психологическую, психофармакологическую и психотерапевтическую помощь пациентам с различными формами зависимостей.

Аддиктология — наука о химических и нехимических зависимостях, изучающая механизмы их формирования, развития, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации. В настоящее время значительно увеличивается число пациентов с аддиктивным (зависимым) поведением, требующее расширения границ наркологии за счет привлечения новых знаний в смежных дисциплинах (медицинской психологии, психотерапии, биомедицинской этике и др.). Аддиктология — новый раздел современной психиатрии и клинической психологии, требующий разработки принципиально новых подходов, что и отражено в книге.

В руководстве представлены как теоретические разделы, описывающие современное понимание этиопатогенеза аддиктивных расстройств, их диагностические и дифференциально-диагностические критерии, так и частные вопросы клиники, терапии и реабилитации различных зависимостей — алкогольной, наркотической, игровой, пищевой, сексуальной, Интернет и пр.

Руководство написано научным коллективом ведущих российских психиатров, наркологов, психологов под общей редакцией проф. В. Д. Менделевича.

АксельродБ. А. (разделы 12.1-12.14; 12.15.1); Борцов А. В.(глава9);Гарницкая А. С. (глава 16); Грязное А. Н. (глава 30); ДамулинИ. В. (разделы 11.1-11.9; 11.12- 11.14; 12.1-12.14; 12.15.1); ЕгоровА.Ю.(раздел 11.11;главы 19,20;разделы24.1;24.2.5; глава25); Зобин М. Л. (глава 10); КершенгольцБ. М. (раздел 11.15); Клименко Т. В. (раздел 28.1); Крупицкий Е. М. (глава 9); Леонова О. В. (глава22);МакаричеваЭ. В. (раздел 4.1); Мейлахс П. А. (глава 5); Менделевич В. Д. (главы 1-4,7,16-17,21, раздел 12.15; 27,29-30; раздел 24.2); Певцов Г. В. (разделы 11.1-11.9; 11.12-11.14); Логосов А. В. (главы 13-15; раздел 24.3); Савченков В. А. (разделы 11.1-11.9; 11.12-11.14; 12.1-12.14; 12.15.1); Садыкова Р. Г. (глава 30); Самохвалов В. П. (глава 8); Самохвалова О. Е. (глава 8); Сиволап Ю. П. (разделы 11.1-11.9; 11.12-11.14; 12.1-12.14; 12.15.1);Ткаченко А. А. (глава 18; раздел 28.2); Фролова А. В. (раздел 24.2); Цымбал Е. И. (глава 6); Чернобровкина Т. В. (раздел 11.15); Шайдукова Л. К. (раздел 11.10; глава 26); Шевченко Ю. С. (глава 23); Шостакович Б. В. (глава22); Янушкевич М. В. (разделы 11.1-11.9; 11.12-11.14).

ISBN 5-9268-0543-0

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННАЯ АДДИКТОЛОГИЯ

Структура психических и поведенческих расстройств, с которыми приходится сталкиваться психиатрам, психотерапевтам и клиническим психологам в современных условиях, кардинально и стремительно изменяется. Существенно (особенно в амбулаторной консультативной практике) возрастает удельный вес поведенческих девиаций и расстройств, еще десять-пятнадцать лет назад казавшихся казуистикой и исключением для практической психиатрии и психологии. К ним можно причислить ненормальные поведенческие стереотипы наркоманического, сексуального, религиозного или фанатичного поведения, выходящую за рамки психологически и социально объяснимой склонность к азартным играм, патологическую страсть к воровству, интернет-зависимость, расстройства приема пищи и пр. Оценить в цифрах реальную распространенность перечисленных поведенческих расстройств и девиаций не представляется возможным, т. к. у специалистов отсутствуют традиции, знания и навыки их диагностики вообще и дифференциальной в частности, а также теоретические обоснования терапии и коррекции. Кроме того, нередко пациенты с подобными проблемами оказываются вне поля зрения психиатрии и психологии.

Несмотря на поставленные перед психиатрией и психологией практикой и пациентами новые проблемы, эффективность и обоснованность помощи при широко распространившихся специфических поведенческих расстройствах оказывается незначительной по сравнению с терапией известных и изученных симптомов и заболеваний — психотических расстройств эндогенного и экзогенного происхождения, невротических и соматоформных, личностных и прочих традиционных психических нарушений. Можно утверждать, что психиатрия оказалась не вполне готовой к видоизменению структуры изучаемых проблем как в теоретическом, так и в практическом плане.

В связи с видоизменением структуры психических и поведенческих расстройств и девиаций на современном этапе возникла необходимость выделения новой области знания — *аддиктологии.* К сфере ее основных интересов относится проблематика зависимых (аддиктивных) форм поведения как психологического, так и психопатологического уровня. Аддиктология является мультидисциплинарной наукой, системно и комплексно изучающей все формы и типы аддиктивного поведения, его механизмы, профилактику, терапию и реабилитацию пациентов/клиентов.

На данном этапе развития аддиктологии насущной проблемой следует признать изучение *расстройств зависимого поведения (аддиктивныхрасстройств).* Именно психические и поведенческие нарушения, характеризующиеся доминантой зависимости («фетишезависимым поведением», по определению Б. М. Когана), составляют наименее разработанную в теоретическом плане и резистентную к терапии группу. В МКБ-10 расстройства зависимого (аддиктивного) поведения не выделены в отдельную рубрику. Видимо, этот факт связан с тем, что до настоящего времени всерьез не ставился вопрос о сходстве и истинной коморбидности всех форм патологического аддиктивного поведения, отсутствовали научные предпосылки для утверждения, что механизмы их формиро-

вания едины. Исследования проводились разрозненно, по каждой из форм девиаций отдельно, не велось комплексных, методически выверенных изысканий. Несмотря на это, результаты отдельных работ (Менделевич, 1998,2002,2003; Андреев, Ковалев, Бухановский, Перехов, Бухановская, Дони, 2001; Дереча, 2001; Егоров, 2005) указывают на тог факт, что вероятность существования единых этиопатогенетических механизмов расстройств зависимого (аддиктивного) поведения высока.

Именно поиск доказательств существования этиопатогенетического единства и является важной составной частью современной аддиктологии.

Классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра выделяет и позволяет диагностировать следующие формы поведения, которые можно отнести к зависимым:

F1 — Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ:

F10 . алкоголя;
F11 .опиоидов;
F12 .каннабиноидов;
F13 . седативных и снотворных
F14 . кокаина;
F15 . стимуляторов, включая кофеин;
F16 . галлюциногенов;
F17 . табака;
F18 . летучих растворителей.

F5 — Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

- F50 — расстройства приема пищи:
- ...нервная анорексия;
- ...нервная булимия:
- F55 —злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости:
- ...антидепрессантами;
- ...слабительными;
- ...анальгетиками;
- ... средствами снижения кислотности;
- ... витаминами;
- ... стероидами или гормонами;
- ... специфическими травами и народными средствами.

F60.7 — Зависимое расстройство личности.

F63 — Расстройства привычек и влечений:

- патологическая склонность к азартным играм (гемблинг);
- патологические поджоги (пиромания);
- патологическое воровство (клептомания);
- трихотилломания.

F64 — расстройства половой идентификации:

- трансвестизм двойной роли.

F65 — расстройства сексуального предпочтения (парафилии):

- фетишизм;
- фетишистский трансвестизм;
- эксгибиционизм;
- вуайеризм;

- педофилия;
- садомазохизм.

F91.2 — социализированное расстройство поведения:

- расстройство поведения, групповой тип;
- групповая делинквентность;
- воровство в компании;
- прогулы школы.

F93.0 — тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.

F94.2 — расторможенное расстройство привязанности детского возраста.

F98.4 — стереотипные двигательные расстройства.

Некоторые авторы (Бухановский, 2001) помимо перечисленных расстройств в качестве базового для формирования аддиктивного поведения называют обсессивно-компульсивное нарушение; с нашей точки зрения, оно не может считаться не только базовым, но даже сходным с иными, зависимыми по ряду параметров отражающими известные психопатологические закономерности. Обсессивно-фобическое расстройство не может быть причислено к группе нарушений с доминантой зависимости, во-первых, по причине его исключительно психогенного характера (оно входит в группу F42), во-вторых (и это главное), вследствие того, что расстройства зависимого поведения относятся к сфере психической патологии (pathos), а не к заболеваниям (nosos), тогда как обсессивно-фобическое расстройство не может считаться психической патологией в собственном смысле слова.

Как показывает анализ приведенного выше списка поведенческих расстройств, базовой характеристикой которых выступает зависимость — аддикция (от веществ, людей, пищи, секса, различных событий или явлений), и сравнение МКБ-классифицируемых форм с практикой, этот перечень объектов и субъектов зависимости не носит исчерпывающего характера. В практической психиатрии и психологии наряду с перечисленными часто встречаются такие поведенческие зависимости, в том числе патологического характера, как: фанатизм (религиозный, спортивный, музыкальный), парасуицидальное поведение (патологическое увлечение экстремальными видами спорта), «паранойя здоровья» (спортивная аддикция) и некоторые другие, приводящие к психосоциальной дезадаптации, но не нашедшие своего места в современной квалификации поведенческих расстройств.

Противоречивость современной классификации расстройств аддиктивного поведения заключается еще и в том, что в некоторые рубрики МКБ-10 включены нарушения, проявления которых феноменологически неидентичны. К примеру, в рубрике F63 («расстройства привычек и влечений») гемблинг соседствует с пироманией и трихотилломанией. Подобное положение отражает переходный этап развития психиатрии и клинической психологии, время осмысления проблемы зависимостей. В связи с очевидной противоречивостью ситуации можно предположить, что объединение расстройств привычек и влечений с иными формами зависимостей логично и обосновано. Видимо, следует обратить внимание на тот факт, что зависимости могут быть *системными,* т. е. охватывать все отношения (или их большинство) личности с окружением (наркомания, алкоголизм, никотинизм, гемблинг, фанатизм), и *элементарными,* ограничивающимися узким кругом действий и поведенческих актов. Причем в рамках системных зависимостей происходит изменение ценностных ориентации личности, некоторая «деформация личности», тогда как при элементарных подобного не происходит. Не исключено, что элементарные зависимости предшествуют системным (таких данных в литературе не было об-

наружено), т. к. известны возрастные приоритеты зависимостей: патологические привычные действия характерны для детского, а аддикции — для подросткового возраста. Кроме того, можно предположить, что элементарные зависимости отражают психофизиологический, а системные — личностный уровень аддиктивного реагирования. Интерес представляет также коморбидность выделенных видов зависимостей.

Актуальными для развития психиатрии и клинической психологии, помимо проблемы выделения новой группы расстройств аддиктивного поведения и выявления единых механизмов их формирования, становятся следующие вопросы; 1) какие клинико-психопатологические критерии следует заложить в основу диагностики расстройств аддиктивного поведения и их дифференциации с девиантными непатологическими формами зависимого поведения; 2) каковы механизмы формирования расстройств аддиктивного поведения — личностные, психогенные, экзогенные, эндогенные, смешанные; 3) существуют ли связи между девиантным аддиктивным поведением и расстройствами зависимого поведения, т. е. имеется ли континуум между нормой и патологией, или они сущностно различны как непсихотические и психотические нарушения; 4) соответствуют ли параметры аддиктивного поведения в рамках девиаций и расстройств известным характеристикам зависимой личности; 5) имеются ли корреляции между клиническими формами аддиктивного поведения и личностно-характерологическим радикалом: 6) существует ли патогенетическая связь между выраженностью (глубиной) личностно-характерологических девиаций — от акцентуаций до личностных расстройств — и вероятностью развития расстройств зависимого поведения.

Пока вопросов в сфере науки о зависимом поведении (аддиктологии) больше, нежели ответов. Однако любое серьезное учение отличается в первую очередь правильностью и точностью формулирования проблемы.

Накопленные психолого-психиатрические знания в области отдельных расстройств, которые можно отнести к аддиктивным (сексуальных, наркологических, привычек и влечений), а также данные, полученные в процессе собственных исследований, изложенные в данной работе, позволяют предложить некоторые общие принципы выделения группы расстройств зависимого поведения (РЗП), наметить пути решения поставленных выше проблем и поиска ответов на сформулированные вопросы.

Учитывая тот факт, что в МКБ-10 отсутствует неприкладная характеристика зависимости, а приводятся лишь ее критерии в рубрике «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ», обратимся к описанным критериям с целью выявить их универсальность. К признакам синдрома зависимости относят: 1) выраженную потребность или необходимость... (принять вещество); 2) нарушение способности контролировать начало, окончание и... дозировки (вещества); 3) физиологическое состояние отмены; 4) признаки толерантности; 5) прогрессирующее забвение альтернативных интересов; 6) продолжение употребления, несмотря на очевидные вредные последствия.

Анализ большинства вышеприведенных параметров показывает, что, несомненно, можно обнаружить сходство, коморбидность всех клинических форм зависимостей. Замена слов «употребление веществ» на словосочетание «фиксация внимания на видах деятельности или объектах» не меняет сути. Следовательно, можно предположить: это первое, что дает основание выделить группу расстройств зависимого поведения. Однако открытым остается вопрос о критериях *дифференциальной диагностики патологического и непатологического зависимого (аддиктивного) поведения,* нужен способ, помогающий отличить *расстройства от девиаций.* Приведенные выше критерии не являются абсолютными и не позволяют проводить эффективную дифференциацию.

Наиболее спорным и неоднозначным представляется понятие патологического влечения к чему бы то ни было, разграничения, к примеру, употребления психоактивных веществ и злоупотребления ими. Теория психиатрии и клинической психологии, к сожалению, не предоставляет каких-либо научных критериев для дифференциации этих понятий. В настоящее время нет серьезных диагностических указаний на то, в каких случаях непатологическое или физиологическое влечение (если таковое существует) сменяется патологическим. Продолжают использоваться нравственные или количественные подходы к решению данного вопроса. Под злоупотреблением (см. F1 и F55 по МКБ-10) подразумевается «употребление с вредными (...социальными и медицинскими) последствиями». Для квалификации данного процесса используются указания на «хроническое и неоправданное, связанное с ненужными затратами, употребление», что нельзя признать правомерным. В МКБ-10 отсутствует научно обоснованная регламентация оценки патологичности влечений. К примеру, критерии отличий патологической склонности к азартным играм, воровству, поджогам от непатологической содержат указания на «чрезмерность», «частоту», «повышенность интереса», «повторность», «отсутствие очевидных мотивов», «неспособность противостоять желанию». В сексологии к перверсиям традиционно причисляют девиации на том основании, что «нетрадиционный путь становится единственным или доминирующим способом достижения сексуального удовлетворения», т. е. используется количественный принцип дифференциации качественно отличных явлений.

Сравнительный анализ различных клинических форм РЗП показывает, что сходный и, возможно, этиопатогенетически значимый диагностический критерий их патологичности (а значит, клинического уровня нарушений) — *наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости.* Результаты исследований сексопатологов убедительно демонстрируют, что парафилии, которые можно отнести к расстройствам зависимого поведения, в обязательном порядке включают в себя измененные состояния сознания в период попыток реализации оргастической разрядки (Ткаченко, 1999). Сходные клинические проявления сопровождают религиозный фанатизм, социализированное расстройство поведения, стереотипные двигательные нарушения в детском возрасте, расстройства привычек и влечений. Следовательно, можно предполагать, что критерий измененных состояний сознания в период реализации зависимости играет основополагающую роль в диагностике данного расстройства. Феноменологически эти изменения проявляются «особыми состояниями сознания» и «сумеречными расстройствами сознания». Известно, что механизмы данных расстройств сознания — либо органические (наиболее часто эпилептического характера), либо психогенные, что может еще раз указывать на специфику сочетания данных факторов в происхождении зависимого поведения в целом.

Вопрос о признаках изменения состояния сознания является крайне сложным, поскольку само понимание сознания противоречиво. Существуют десятки и даже сотни концепций сознания. Большинство авторов сходится в том, что измененные состояния сознания включают, как минимум, три разновидности: трансовые состояния (гипноз, самогипноз, ритуальный транс), особые состояния (сверхбодрствование, индуктивное, предсмертное) и состояние сна. Удачным и продуктивным следует признать обращение в ракурсе данной проблемы к исследованиям К. Ясперса о ясности и изменениях сознания, о которых мы указывали выше. По его представлениям, существует четыре формальных признака сознания «Я»: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства: в каждый данный момент я сознаю, что я един; 3) осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был

всегда; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я». Следовательно, на основании отклонения хотя бы от одного из перечисленных признаков состояние сознания человека можно признавать измененным. И если у него обнаруживается одна из разновидностей зависимостей, а изменение сознания связано с ней или спровоцировано ею, то данный вид расстройства логично причислять к расстройствам зависимого поведения. Чаще других при зависимостях отмечается изменение или утрата чувства деятельности. При этом индивид не ощущает, что способен контролировать собственное поведение. Он продолжает неадекватное (даже с его точки зрения, т. е. до определенной степени критически осмысляемое) действие, пытается реализовать зависимость с целью «эмоциональной разрядки» (оргазма или снятия дискомфорта) вопреки рациональному осмыслению поступка, прогнозированию его негативных результатов и последствий.

Приведенный выше критерий *преодотшости и непреодолимости зависимости* может явиться еще одним критерием дифференциальной диагностики патологического и непатологического зависимого поведения. Его анализ упирается в проблему дифференциации влечений и увлечений. Разница между понятиями «увлечение» и «влечение» заключается в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, его динамика непрерывна, а не приступообразна, оно не осуществляется импульсивно, а возникает лишь после тяжелой борьбы мотивов; влечения же обладают противоположными характеристиками, однако при усилении патологичности увлечений могут появляться признаки, сближающие увлечения с влечениями (Гурьева, Семке, Гиндикин, 1994).

Особое место в ряду аддикций занимают привычки и патологические привычные действия. Под привычкой понимается «образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной». Патологичность же привычек, как правило, основывается на социальной неодобряемости выбранной склонности (именно поэтому никотинизм или алкоголизм нередко обозначают «вредной привычкой»). Не вызывает сомнений тот факт, что многие патологические привычки включают в себя свойства расстройств зависимого поведения (или являются ими) на основании как критерия непреодолимости влечения к выполнению какого-либо действия, так и критерия измененных состояний сознания в момент реализации влечения. Дальнейшие углубленные сравнительные исследования могут пролить свет на связь между системными и элементарными зависимостями, на их сходства и различия.

Механизмы формирования зависимого поведения и коморбидности до настоящего времени остаются неясными. Высказываются взаимоисключающие точки зрения о роли церебральных, психогенных и личностных факторов в становлении данного вида поведенческих расстройств. Наиболее активно проблема этиопатогенеза зависимостей представлена в работах, посвященных сфере парафилий и наркологии и отстаивающих точку зрения о значимости врожденных или приобретенных церебральных отклонений. Противоположной точки зрения придерживаются психологи, изучающие гемблинг, интернет-зависимость, нарушения пищевого поведения, религиозный фанатизм и обнаруживающие личностные механизмы формирования девиаций поведения.

Вопрос о *связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей.* в частности качеств зависимой личности, также остается открытым. Немногочисленные исследования связи зависимого поведения с характеристиками зависимой личности не позволяют до настоящего времени утверждать облигатность данной корреляции. Наши (Менделевич, 2002) теоретические и экспериментальные исследования типичных психологических параметров зависимой личности позволили уточнить их и считать сущност-

ными параметры, представленные далее: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Этиопатогенез таких сущностных параметров до конца не изучен. Имеются указания и на психологический, и на психофизиологический механизм их формирования.

Таким образом, приведенный выше анализ ситуации в области состояния теории и практики аддиктологии показывает, что можно предполагать существование единого и универсального механизма патологического зависимого поведения. Видимо, в процессе социализации и с участием врожденных и приобретенных церебральных отклонений происходит становление черт зависимой личности. Не исключено, что важную роль здесь играет обретение или необретение «опыта разлуки», возникающего в детском возрасте, и некоторых психофизиологических механизмов, приводящих к инфантилизму, повышенной внушаемости и психической ригидности. Процесс же формирования конкретного клинического варианта расстройств зависимого поведения (наркотического, игрового, пищевого, сексуального, религиозного) во многом стихиен. Предположительно, зависимая личность создает каркас, на который нанизываются зависимости-фетиши. Они могут быть устойчивыми (монофеноменологичными) и неустойчивыми (полифеноменологичными). Данные, представленные в этой работе, на наш взгляд, демонстрируют несомненную коморбидность некоторых форм расстройств зависимого поведения. Однако дальнейшие углубленные комплексные клинико-психопатологические, экспериментально-психологические, психофизиологические и нейрохимические исследования позволят оценить, насколько обоснована точка зрения о необходимости выделения особой группы расстройств зависимого поведения, объединенных единым этиопатогенетическим механизмом.

ГЛАВА 2

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НОРМА, ДЕВИАЦИИ, РАССТРОЙСТВА И ЗАВИСИМОСТИ

2.1. Поведенческая норма

Употребление человеком табака, алкоголя, наркотиков или иные формы зависимостей и связанные с этим изменения психики можно отнести к девиантным (отклоняющимся) видам поведения. Однако следует задуматься: что считать нормативным, нормальным для оценки поведения человека? Какое поведение можно признать эталонным или, по крайней мере, неотклоняющимся? Ведь без решения вопроса о том, на что должна быть направлена профилактика аддикций, какова ее конечная цель, невозможно выбрать эффективные и адекватные меры.

Ответы на поставленные вопросы, несмотря на всю кажущуюся очевидность, неоднозначны. Конечно же, *идеальным* было бы, чтобы люди никогда не курили, не пили, не пробовали наркотики, не увлекались азартными играми. К этой цели можно и нужно стремиться. Однако следует понять и признать, что определенные стереотипы поведения, особенно в подростковом периоде, входят в типичную возрастную структуру, и при их игнорировании подросток может оказаться в полной изоляции, его могут отвергнуть сверстники. Это, в свою очередь, способно привести к серьезным изменениям психической деятельности и иным формам девиантного поведения.

Можно поставить целью профилактической работы формирование не столько абсолютно трезвеннической (независимой) позиции, сколько *реалистичной.* То есть попытаться добиться того, чтобы человек, понимая вред курения, алкоголя, наркотиков, игры, избегал соблазнов, уклонялся от крайностей и осознавал последствия собственных действий. Этот путь построения профилактических мероприятий опасен тем, что индивид часто не способен соотносить, сравнивать сиюминутные радости и их отдаленные последствия.

Наиболее правильной моделью нормативного поведения человека в этой сфере было бы **отсутствие зависимости,** означающее, что человек полностью контролирует собственные поступки, ответственен и свободен от вредных привычек. Именно на формирование такой независимости в сочетании с установкой на здоровый образ жизни и должна быть направлена профилактика аддикций.

Отсутствие зависимости предполагает, что индивид соответствует понятиям **поведенческой нормы.** Норма же (по мнению К. К. Платонова) — это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частых суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его. То есть суть поведенческой нормы — соответствие человека разделяемым группой представлениям о норме.

Если обратиться к проблеме психоактивных веществ, можно обнаружить, что многими подростками употребление табака, алкоголя или т. н. «легких» наркотиков не расценивается как аномальное. Оно входит в структуру их представлений о норме, особенно в определенных субкультурных кругах. Однако в оценке поведенческой нормы следует учитывать реальный вред, который может приносить зависимость. Кроме того, можно утверждать, что большинство людей все же не являются зависимыми и, следовательно, общегрупповая норма не включает употребление наркотиков или чрезмерное увлечение какой-либо деятельностью.

Если подойти к этому вопросу беспристрастно, с учетом понимания возрастных особенностей, нельзя не обратить внимание на следующие факты. По данным разных отечественных и зарубежных авторов, число подростков в возрасте от 11 до 17 лет, хотя бы однократно употреблявших наркотические вещества, колеблется от 36,6 до 65,1%, алкоголь — от46,4 до 93,2%, табак — от 37,9 до 75,0% (Коэн, Флеминг, Глэттер и др., 2000). То есть групповая подростковая поведенческая норма, исходя из приведенных данных, включает в себя кратковременное и эпизодическое употребление психоактивных веществ. То же касается и иных форм зависимостей. Следовательно, логично предположить, что профилактика зависимости должна соответствовать реальности. В идеале цель — избежать даже ситуации пробы психоактивных веществ. Но в реальности нужно исходить из иного посыла: необходима профилактика систематического и неконтролируемого самим подростком употребления психоактивных веществ, злоупотребления ими, формирование установки на здоровый образ жизни со становлением ответственности за последствия даже однократного употребления, к примеру, наркотических веществ.

В связи с культурными особенностями целесообразным представляется разделение профилактических мероприятий в отношении наркотических средств, алкоголя и табака. Опираясь на то, что российской культуре присуща алкогольная и никотиновая направленность, следует прицельно и дифференцированно ориентироваться на наркоманов, алкоголиков или курильщиков табака.

И все же, несмотря на выдвинутый тезис о культурной специфике наркотизации и формирования аддикций, выделяют такие поведенческие нормы, следование которым позволяет говорить о человеке как о гармоничном или с отклонениями: 1) правовые нормы; 2) нравственные нормы; 3) эстетические нормы.

Правовые нормы оформлены в виде свода законов и подразумевают наказание при их нарушении. Нравственные и эстетические нормы не регламентированы столь строго, и при их несоблюдении возможно лишь общественное порицание. В первом случае говорят о том, что человек поступает «не по закону», во втором — «не по-людски». Кроме того, можно выделить и нормы психологически комфортного самочувствия (переживания), рефлексии, удовлетворенности собой, нарушение которых способно приводить человека к эмоциональному дискомфорту и появлению т. н. психологических комплексов.

Индивид, становясь свободным и ответственным и формируя нормативное (недевиантное) поведение, осознанно принимает на себя ответственность за соблюдение «писаных» законов, которые предполагают сохранение прав и свобод окружающих его людей, а также «неписаных» норм — традиций и стереотипов поведения, принятых в той или иной микросоциальной среде. Девиантным поведением считается такое, когда наблюдаются отклонения хотя бы от одной из общественных норм.

В сфере употребления психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков) и при иных формах аддиктивного поведения нормативная юридическая база в настоящее время разработана не до конца. Впрочем, и этические требования сформулированы недо-

статочно четко. Особую роль в данном случае играют культурные российские особенности, не всегда трактующие употребление, к примеру, алкоголя как нарушение нормы.

Поведенческая патология (по П. Б. Ганнушкину) подразумевает наличие в поведении человека следующих признаков: 1) склонность к дезадаптации; 2) тотальность; 3) стабильность.

Под склонностью к дезадаптации понимается существование шаблонов поведения. не способствующих полноценной адаптации человека в обществе, проявляющихся в виде конфликтности, неудовлетворенности взаимодействием с окружающими людьми. противостояния или противоборства реальности, социально-психологической изоляции. Наряду с дезадаптацией, направленной вовне (межличностная дезадаптация), существует внутриличностная дезадаптация, когда поведение человека отражает его неудовлетворенность собой, непринятие себя как целостную и значимую личность. Признак тотальности указывает на то, что патологические поведенческие стереотипы способствуют дезадаптации в большинстве ситуаций, в которых оказывается человек, т. е. они проявляются «везде». Стабильность отражает длительность проявления дезадаптивных качеств поведения, а не их сиюминутность и ситуативную обусловленность. Поведенческая (психическая) патология может выражаться психопатологическими проявлениями (симптомами и синдромами, например, алкоголизма и наркомании), а также базироваться на патологии характера, сформированной в процессе социализации.

Девиантным поведением человека можно обозначить систему поступков (или отдельные поступки), противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении хода самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением.

Считается, что взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой производятся все без исключения его активные действия («постулат сообразности» по В. А. Петровскому). Речь идет об изначальной адаптивной направленности любых психических процессов и поведенческих актов. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: гомеостатический, гедонический, прагматический. При гомеостатическом варианте постулат сообразности выступает в форме требования к устранению конфликтности во взаимоотношениях со средой, элиминации «напряжений», установлению «равновесия». При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием, и все поведение интерпретируется как максимизация удовольствия и минимизация страдания. Прагматический вариант использует принцип оптимизации, когда во главу угла ставится узкопрактическая сторона поведения (польза, выгода, успех).

Выделяется *несколько подходов к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций:* социальный, психологический, психиатрический, этнокультуральный, возрастной, тендерный, профессиональный.

Социальный подход базируется на представлении об общественной опасности или безопасности поведения человека. В соответствии с ним к девиантному следует относить любое поведение, явно или потенциально являющееся опасным для общества. окружающих человека людей. Упор делается на социально одобряемые стандарты поведения, бесконфликтность, конформизм, подчинение личных интересов общественным. При анализе отклоняющегося поведения социальный подход ориентирован на внешние формы адаптации и игнорирует индивидуально-личностную гармоничность, приспособленность к самому себе, принятие себя и отсутствие г. н. психологических комплексов и внутриличностных конфликтов. К примеру, в плане наркотизации в российских

условиях не любое употребление алкоголя признается отклоняющимся. Культурные границы нормы размыты. Даже абсолютный критерий алкоголизма абстинентный синдром (синдром похмелья) не трактуется обывателями как однозначно патологический.

Психологический подход, в отличие от социального, рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Фактически сутью девиантного поведения нужно считать блокирование личностного роста и даже деградацию личности, что является следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант, в соответствии с данным подходом, осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самоценность, лишить себя уникальности, не позволить себе реализовать имеющиеся задатки. Несомненно, употребление алкоголя, наркотиков или неконтролируемое участие в азартных играх приводит к саморазрушению.

В рамках *психиатрического подхода* девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доболезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, т. е. те «как бы психические расстройства» (донозологические), которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям для диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то что эти отклонения не достигли уровня психопатологических качеств, они все же обозначаются термином «расстройства».

Этнокультурный подход подразумевает, что девиации следует рассматривать сквозь призму традиций того или иного сообщества людей. Считается, что нормы поведения, принятые в одной этнокультурной группе или социокультурной среде, могут существенно отличаться от норм (традиций) иных групп людей. Вследствие этого существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека. Предполагается, что диагностика поведения человека как отклоняющегося возможна лишь в случаях, если его поведение не согласуется с нормами, принятыми в его микросоциуме, или он проявляет поведенческую ригидность (негибкость) и не способен адаптироваться к новым этнокультурным условиям (например, в случаях миграции). В этом отношении интерес представляют традиции некоторых культур Востока, где употребление «легких наркотиков» — обыденное дело и не считается отклонением в поведении.

Возрастной подход рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей и норм. Поведение, не соответствующее возрастным шаблонам и традициям, может быть признано отклоняющимся. Это могут быть как количественные (гротескные) отклонения, отставание (ретардация) или опережение (ускорение) возрастных поведенческих норм, так и их качественные инверсии. Научный интерес представляет тот факт, что многие зависимости носят явно возрастной подростковый оттенок, т. е. они практически не встречаются в ином возрасте.

Тендерный подход исходит из представления о существовании традиционных половых стереотипов поведения, о мужском и женском стилях. Девиантным в рамках данного подхода может считаться гиперролевое поведение и инверсия шаблонов тендерного стиля. К тендерным девиациям могут относиться и психосексуальные девиации в виде изменения сексуальных предпочтений и ориентации, зависимости от пищи.

Профессиональный подход в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций. Имеется в виду, что профессиональное сообщество диктует его членам

выработку строго определенных паттернов поведения и реагирования в тех или иных ситуациях. Несоответствие этим требованиям позволяет относить такого человека к девиантам.

Наиболее адекватным считается *феноменологический подход* к оценке поведенческой нормы, патологии, девиаций и зависимостей. В отличие от социального, психологического или психиатрического, он позволяет учитывать все отклонения от нормы (не только социально опасные или способствующие саморазрушению личности). Используя его, можно диагностировать и нейтральные с точки зрения общественной морали и права поведенческие отклонения (к примеру, аутистическое поведение), и даже положительно окрашенные девиации (например, трудоголизм). Кроме того, феноменологическая парадигма дает возможность усматривать за каждым из отклонений в поведении индивида механизмы психогенеза, что позволяет в дальнейшем выбрать адекватную и эффективную тактику коррекции поведения. Лишь феноменологический подход способен беспристрастно и объективно привести к анализу отклоняющегося поведения и способствовать пониманию сущностных мотивов поведения человека.

2.2. Креативность, норма и зависимое поведение

Феноменологический подход в оценке поведенческой нормы позволяет говорить как о нормативном и гармоничном поведении, противостоящем девиантному и патологическому, так и об идеальной поведенческой норме. Последняя подразумевает не только «сообразность поведения», но и творческую его направленность — креативность или плодотворность (по Э. Фромму). Несомненно, что «личность как специальное человеческое образование не может быть выведена из приспособительной деятельности» (А. Н. Леонтьев). Гармония не может основываться лишь на «критерии выживаемости» — способности человека быть адаптивным. Она не может базироваться даже на критерии «качества жизни», т. е. на удовлетворенности «собой приспособившимся». Ведь в таком случае наиболее гармоничным надо признать обывателя. *Идеальной поведенческой нормой следует признать сочетание гармоничной нормы с креативностью индивида.*

«Человека могут, — по мнению В. А. Петровского, — [добавим: и должны] притягивать опасность, неопределенность успеха, неизведанное» для того, чтобы считать его творческим и идеальным. Подобная избыточная деятельность (активность) названа *надситуативной активностью* и справедливо отнесена к нормативной. Это обусловлено тем, что прогресс в сфере культуры в значительной мере связан с готовностью и склонностью людей к неприспособительному (неклишированному, гибкому и нешаблонному) поведению.

Одной из форм такого поведения признается поисковая активность, направленная на удовлетворение потребности в новой информации, в новых переживаниях, расширении своего опыта (Ротенберг, Аршавский, 1984). Обыватель, как типичный представитель нормативного и даже гармоничного (в плане приспособительных способностей) поведения, не склонен к поисковой активности. Он стремится максимально избежать риска, а значит, новых ситуаций, новой информации, новых переживаний, нового опыта. Он устремлен на сохранение status quo. В этом ракурсе он предстает нелюбознательным, ищущим гарантий и стабильности, а не знаний, ощущений и переживаний. Девиант же, напротив, излишне любознателен, крайне нестабилен и в высшей степени склонен к риску и существованию в неопределенности. Не исключено, что приобщение к наркотику или алкоголю, участие в игровой деятельности или увлеченность Интернетом может осуществляться именно по данному механизму.

Парадокс заключается в том, что и *девиантное, и идеальное поведение может носить сходные черты.* Нельзя отрицать, что многие лица с девиантным поведением — творческие люди. Известно, что активные игроки (гемблеры) обладают более высоким уровнем интеллектуального развития по сравнению с обычными людьми-неигроками (Custer, 1981). Отклоняющееся поведение порой оправдано активным творческим поиском, имеющим, однако, неадаптивную и зачастую саморазрушающую направленность. Отличие заключается в том, что в подлинном творчестве (идеальной норме) удовольствие доставляет сам процесс поиска, а отрицательный результат только усугубляет знание о предмете и сигнализирует о том, что направление поиска должно быть изменено, в то время как для девиантнои разновидности поисковой активности основной целью является результат — удовольствие.

Список сходных черт креативных и девиантных личностей предлагают Д. Ф. Баррон и Д. Харрингтон. Это самостоятельность суждений, способность находить привлекательность в трудностях, эстетическую ориентацию и способность рисковать. Ф. Фарли выделяет особый тип личности — Т-личность. Она определяется как «искатель возбуждения». Люди с таким типом личности могут достигать либо высокой степени креативности, либо демонстрировать деструктивное, даже криминальное поведение.

По Д. Симонтону, у творческой личности можно выделить семь базовых векторов. Их сопоставление с критериями диагностики аддиктивного типа девиантного поведения указывает на существенную близость этих разновидностей поведения (табл. 1).

Таблица I

Креативная и аддиктивная личности

№	Креативная личность (по Д. Симонтону)	Девиант (аддиктивная личность)
1	Независимость взглядов и неконформность суждений	Неконформность, неадаптивность поведения и суждений вследствие скрытого комплекса неполноценности
2	Стремление выйти за рамки, «нарушить границы», оригинальность и нестандартность	Жажда острых ощущений, необычных переживаний, склонность к риску, эпатажность
3	Открытость ко всему новому и необычному	Жажда острых ощущений, новых запредельных переживаний, новых, необычных и нетривиальных способов достижения удовлетворения
4	Устойчивость к неопределенным ситуациям	Хорошая переносимость кризисных ситуаций в сочетании с плохой адаптацией к обыденным ситуациям
5	Конструктивная активность в предметной деятельности	Высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов
6	Сила «Я», связанная с возможностью автономного функционирования и устойчивостью к давлению социального окружения	Независимость в недевиантных сферах деятельности, сочетаемая со стремлением обвинять окружающих и с зависимостью в сфере аддикции
7	Чувствительность к красоте в широком смысле слова	

№	Креативная личность (по Д. Симонтону)	Девиант (аддиктивная личность)
8		Внешняя социабельность. сочетающаяся ое-страхом перед стойкими контактами
9		Стремление уходить от ответственности
10		Стремление говорить неправду
11		Тревожность

Наши исследования лиц с девиантным поведением в форме наркотической зависимости (В. Д. Менделевич, Л. Р. Вафина) показывают, что наркоманы являются более творческими личностями, чем здоровые (ненаркоманы). Они обладают достаточной силой Я-авторского (по Л. Я. Дорфману), чтобы справляться с жизненными трудностями, т. е. имеют инстанцию, относительно независимую от внешних влияний. Однако показатели таких инстанций, как Я-превращенное и Я-вторящее, говорят о самоотчуждении и подверженности влиянию социальных ролей на самовосприятие, что может также трактоваться как «отказ от авторского Я в пользу переживаний внешних впечатлений и событий». В то же время Я-авторское у таких лиц имеет достаточно прочные связи со спонтанностью, аутосимпатией, креативностью и со стремлением к самоактуализации — системообразующими компонентами структуры личности.

Для наркозависимых (как это ни парадоксально) характерными оказываются некоторые качества самоактуализирующейся личности: высокая потребность в познании, открытость новому опыту, автономность, стремление к самораскрытию в общении с другими людьми.

Известно, что креативность включает творческие возможности (способности) индивида, характеризующиеся готовностью к продуцированию принципиально новых идей. Фундаментом креативности служит дивергентное мышление — способность мыслить равноценными альтернативами в ответ на требования новой ситуации. Согласно концепции метаиндивидуального мира Л. Я. Дорфмана(1995), индивидуальность и ее мир (в частности, значимые другие люди) противопоставляют себя друг другу и в то же время полагают себя друг в друге. В результате индивидуальность приобретает двойственность своей качественной определенности. С одной стороны, она выделяется из окружающего ее мира, характеризуется автономностью. В этой связи индивидуальности присущ один ряд качеств (например, автономность, самоидентичность, интернальный локус контроля, поленезависимость). С другой стороны, индивидуальность испытывает на себе влияния значимых для нее людей, и эти влияния формируют у индивидуальности другой ряд качеств (например, зависимость, групповую идентичность, экстернальный локус контроля, полезависимость). Исходя из модальности (субмодальности), «Я» может иметь некоторое множество лиц и не иметь лица.

Л. Я. Дорфман определяет базовые и вторичные компоненты в структуре «Я». Его базовыми частями являются Я-авторское, Я-воплощенное, Я-вторящее, Я-превращенное. Вторичными являются: Я-внутреннее, Я-внешнее, Я-расширение (авторское), Я-расширение (вторящее), Я-расширение (систем), Я-расширение (подсистем). Я-авторское характеризует «Я» как самостоятельную инстанцию в смысле ее относительной независимости от внешних влияний, как персональную идентичность и самость. Я-воплощенное — продолжение авторского «Я» в формах его вкладов в людей, предметы, вещи внешнего мира, в живую и неживую природу. Проявляется в продуктах самоосу-

ществления авторского «Я», личностных вкладах, в трансформациях объекта (другого субъекта) в результате его подчинения авторскому «Я». Я-вторящее описывает «Я» производное от внешних влияний и воздействий, реагирует на внешние влияния в форме субъективных впечатлений и ощущений. Характеризуется социальной идентичностью, подверженностью влияниям принятых социальных ролей на самовосприятие, отношением к себе как к другому при исполнении социальных ролей, а иногда и отказом от авторского «Я» в пользу внешних впечатлений и событий. Я-превращенное характеризует становление «Я» в другом, как бы превращение «Я» в других людей, вещи, предметы, объекты живой и неживой природы. Обнаруживается в его отождествлении с актуальными или новыми значениями объектов и других людей, принятии социальных ролей, чувствах принадлежности и связанности с объектами мира и другими людьми. Я-внутреннее — вторичный компонент экзистенциального «Я» в том смысле, что оно складывается из Я-авторского и Я-вторящего. Я-внутреннее отражает внутренние переживания человека. Я-внешнее также является вторичным и складывается из Я-воплощенного и Я-превращенного.

В процессах воплощения, по мнению Л. Я. Дорфмана, индивидуальность воспроизводит, умножает, расширяет, продолжает себя. Итог воплощения состоит не в том, что меняется индивидуальность. Напротив, она стремится изменить мир людей и вещей, сохраняя себя в неизменности. В процессах же превращения, будучи в другом, индивидуальность начинает жить другим и становится другой. Тем самым процессы превращения означают конечность индивидуальности как единичности и направлены «быть в другом другим», т. е. на сохранение объекта и на изменение своей индивидуальности. Таким образом, назначение объектов в воплощении состоит в том, чтобы существовать ради индивидуальности, т. е. служить, дополнять, защищать, а в превращении - расширять поле своего существования за счет включения в него, приобщения к нему индивидуальности. Автор исходит из того, что главной функцией экзистенциального «Я» в целом является расширение «Я», согласованное с ростом индивидуальной и социальной идентичности.

Креативное мышление, характерное для идеального поведения, имеет свои особенности. Во-первых, оно пластично. Творческие люди предлагают множество решений в тех случаях, когда обычный человек может найти лишь одно-два. Во-вторых, оно подвижно: для творческого человека не составляет труда перейти от одного аспекта проблемы к другому, не ограничиваясь единственной точкой зрения. И наконец, оно оригинально, т. к. порождает неожиданные, небанальные и непривычные решения (Годфруа, 1996).

Доказательством сходства некоторых структур идеального и девиантного поведений является факт кардинальных изменений, происходящих в поведении девианта после истинного исправления его поведенческого дефекта, в виде личностного роста и развития креативности. Известно, что опыт фобического и иных разновидностей невротического отклоняющегося поведения нередко приводит к личностному росту и раскрытию творческих способностей бывшего девианта. У бывших наркоманов и членов их семей также в случае положительного эффекта терапии регистрируется личностный рост и **креативность;**

2.3. Гармоничный характер и личность

Гармоничные черты характера —это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и избеганию межличностных и внутриличностных конфликтов.

Таким образом, базой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека конфликтов как внешних (т. е. с участниками коммуникации), так и внутренних. Условно можно говорить, что значимой для оценки *характерологической гармоничности* является сфера обыденных взаимоотношений, включающая сугубо психологические, тогда как *гармоничность личностная* определяется в большей степени социально-психологическими параметрами — соответствием и следованием нравственным требованиям.

Гармоничный характер условно представляет собой блок из двух групп психологических параметров: 1) адаптивность; 2) самоактуализация.

Основным параметром гармоничного характера является адаптивность, характеризующаяся успешностью приспособления человека к различным ситуациям, их изменению, а также эмоциональному (внутреннему или внешнему) принятию окружения. Адаптивность отражает значимость удовлетворения человеком социальных потребностей, которую точно отметил Паскаль: «Чем бы человек ни обладал на земле — прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом у людей... Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не занимает выгодного места в умах... Ничто не может отвлечь его от этой цели... Даже презирающие род людской, третирующие людей, как скотов, и те хотят, чтобы люди поклонялись и верили им». Можно утверждать, что человек для достижения внутренней и внешней гармонии обязан быть адаптивным. Однако нужно помнить о том, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям и на любом уровне может обернуться дисгармонией характера в виде конформизма. Следовательно, для того чтобы говорить о гармоничности параметра адаптивности, необходимо уточнить его собственные свойства. Они составляют три группы, включающие: 1) реализм в восприятии окружающей действительности (перцептивная составляющая), 2) желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационная составляющая); 3) способность адаптироваться — принимать окружающих такими, какие они есть (регулятивная составляющая).

Классическим примером гармоничной черты характера, отражающей параметр адаптивности, считается приветливость, включающая сочетание радушия, ласковости, учтивости, любезности. Приветливость — это способ демонстрирования принятия человека человеком, отраженный в манерах и привычках. Внешние проявления приветливости направлены на избегание потенциальных или устранение имеющихся реальных конфликтных взаимоотношений между людьми. Внутренне человек может не испытывать симпатии к участнику коммуникации, но не демонстрировать антипатии. Приветливость — это форма вежливости, хороших и гармоничных манер, улучшающих процесс общения, а не обостряющих его. Однако приветливость считается гармоничной чертой характера лишь в случаях, когда используется к месту. Для того чтобы оценить ее как гармоничную, нужно проанализировать ситуацию, в которой она проявляется. Важно соответствие привычной реакции (например, приветливости) раздражителю или событию. Если собеседник ведет себя нахально, оскорбляет человека или даже ему угрожает, то приветливость нельзя назвать гармоничным ответом на хамство. Значимой является перцептивная составляющая, позволяющая реально оценивать, в каких случаях и при каких обстоятельствах следует использовать данную черту характера. Реализм же, как правило, базируется на *феномене «здравого смысла»*.

Под здравым смыслом понимается познавательный процесс, в основе которого лежит адекватное (истинное) восприятие и понимание смысла поступков окружающих. Для того чтобы говорить о гармоничности характера человека, нужно оценить его *здра-*

вомыслие. Он должен быть реалистом, т. е. человеком, руководствующимся в своей оценке происходящего сущностными, действительными параметрами, ясно и трезво понимающим суть и мотивы поведения окружающих. Здравомыслию противостоит в рамках дисгармоничности характера *феномен каузальной атрибуции,* проявляющийся в пристрастном и несоответствующим реальности понимании и объяснении мотивов поступков окружающих.

Вторая составляющая параметра адаптивности — мотивационная — отражает желание человека приспосабливаться к окружающим, иметь с ними гармоничные (бесконфликтные или эффективные) отношения. Важную роль в мотивации процесса адаптации к окружающим играет ценностная сторона жизни. Человек ранжирует жизненные события по ценности и значимости для того, чтобы решить, к каким из них ему следует приспосабливаться, а какие он может игнорировать или с какими он желает вступать в противоборство. Проявление упрямства как черты характера зависит от значимости ситуации, в которой упрямство демонстрируется. Ребенок не будет упрямым, если ему предложат съесть мороженое, но может упрямо противодействовать попыткам родителей заставить его надеть ту или иную не нравящуюся ему одежду. Человек может быть приветливым с людьми, кому он симпатизирует или от которых зависит решение каких-то его запросов, и неприветливым и даже подчеркнуто грубым по отношению к лицам, в коих совершенно не нуждается.

Регулятивная составляющая адаптивности отражает навыки и способности проявлять те или иные необходимые для коммуникации качества характера и компенсировать (скрывать или подавлять) неадаптивные. Скупой человек может стараться подавлять свою непрестижную черту, а трусливый — демонстрировать храбрость. Длительная регуляция неадаптивных черт характера способна привести к их полной компенсации, а иногда — к гротескному проявлению противоположных качеств (гиперкомпенсации).

К параметрам, отражающим гармоничные черты характера, относится *самоактуализация,* которая так же, как и адаптивность, включает три составляющие: перцептивную, мотивационную и регулятивную. Эти составляющие частично совпадают с характеристиками, приведенными выше, частично дополняются иными качествами.

О гармоничности приветливости как свойства, отражающего и адаптивность, и самоактуализацию, можно говорить лишь в случае, если человек не испытывает негативных чувств в связи с внешним проявлением приветливости. Если на уровне адаптивности гармоничным считается принятие других и мира, то на уровне самоактуализации — принятие себя. В принятии себя отражается реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей, понимание и принятие выработанных ценностей и насущных потребностей, жизнь с самим собой в согласии, изживание психологических комплексов или примирение с ними.

Принятие себя начинается с реальной *самооценки* и формирования *самоуважения.* Важная характеристика гармоничности самооценки — ее гибкость. Существенным для оценки дисгармоничного характера считается и выявление ригидности самооценки в сторону либо завышения, либо занижения. В рамках гармонии характерологических черт человек не склонен однозначно оценивать свои способности, возможности и качества. Типична легкость изменения оценки после действий, в которых представление о себе не совпало с реально выявившимися чертами. Наряду с самооценкой и производное от нее, значимое гармоничное свойство — *реальность и гибкость уровня притязаний.* Уровень притязаний, т. е. совокупность ожиданий, целей и притязаний относительно своих будущих достижений, рождается из двух противоположных тенденций (Братусь, 1988): тенденции поддержания своего «Я», своей самооценки на максимально высоком

уровне и тенденции умерить свои притязания и избежать неудачи с целью не нанести урон самооценке. Самоуважение в рамках гармонии характера следует тем же закономерностям, что и самооценка, и уровень притязаний.

Другие важные качества самоактуализации, по А. Маслоу (1960), — *спонтанность, простота, автономность и проблемная центрация.* Суть их заключается в естественности проявлений всех черт характера, нежелании преподносить себя в гораздо лучшем свете, чем в реальности, в ситуациях, не требующих манипулятивного поведения. Особо следует отметить качество автономности, т. е. независимости в принятии решений и оценке ситуаций от мнения окружения, собственных ожиданий (экспектаций), желаний и потребностей. При гармоничном складе характера отмечается адекватное распределение локуса контроля над ситуациями (от внутреннего до внешнего). Суть адекватного распределения заключена в известном правиле гармоничного человека: он должен обладать способностью изменять ситуации, поддающиеся изменению, принимать такими, какие они есть, не поддающиеся изменениям ситуации и научиться различать их.

Перечисленные качества лежат в основе одного из наиболее существенных параметров гармоничного характера — зрелости. *Зрелость* (в психологическом смысле) — это способность приспосабливаться к среде по законам житейского разума (Зейгарник. 1986). Она подразумевает сочетание достаточно высоких идеальных устремлений с готовностью выполнять скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Зрелость включает психологическое умение человека «разводить» идеальные и реальные цели. В противовес зрелости характерным для дисгармоничного характера выступает *инфантилизм* (незрелость, детскость). К инфантильным свойствам относят наивность, несамостоятельность, нездравомыслие и т. п.

Представленность различных параметров в рамках гармоничного и дисгармоничного характеров продемонстрирована в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность	Дез адаптивность
Зрелость	Инфантилизм
Здравомыслие	Нездравомыслие
Гибкость	Ригидность
Реализм в оценке окружающих	Использование каузальной атрибуции
Реальность самооценки	Нереальность самооценки
Самостоятельность	Несамостоятельность
Автономность	Зависимость
Простота, естественность	Неестественность
Проблемная центрация	Центрация на несущественных параметрах
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
Разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Проявления черт характера весьма разнообразны. В отличие от свойств темперамента, они не имеют амотивационного смысла, а всегда мотивационно опосредованы, т. е. закрепление в процессе социализации характерологических привычек, манер, стилей мышления и поведения связано с требованиями окружающего общества (микро- и макросоциума), а также с целями, мотивами и потребностями человека.

Характерологические свойства можно разделить на две группы: базисные (терминальные) и инструментальные. Первые должны способствовать удовлетворению сущностных потребностей человека (создавать в первую очередь внутреннюю гармонию), вторые — удовлетворять запросы общества (создавать внешнюю гаромничность). Н. Пезешкиан (1988) назвал их актуальными первичными и вторичными способностями. Дифференциально-аналитическая концепция Н. Пезешкиана позволяет оценивать как норму, так и аномалии характера, а также определить причины явных и скрытых межличностных конфликтов.

Феноменологически особенности характера представлены широким спектром черт, формируемых в процессе воспитания. Вот лишь некоторые из них: пунктуальность, чистоплотность, организованность, послушание, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, бережливость, надежность, точность, терпеливость, прямота. Каждая из них способна выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера.

В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. Личностные качества формируются на базе нижележащих уровней, однако не определяются исключительно их типами и свойствами. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленное™, в зависимости от внешних и внутренних устремлений. На уровне личностных свойств и качеств, так же как и на уровне темпераментальных и характерологических особенностей, возможна гармоничность и лис гармоничность. Нередко девиантные формы поведения связаны с личностной аномалией.

Личность — это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Другими словами, для становления и проявления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами.

Нередко личностные качества смешивают с индивидуально-психологическими и используют в качестве синонимов слова «личность» и «индивидуальность». Л. М. Баткин (1987) в **связи с** этим писал, что в разные эпохи в разных странах для обозначения этих понятий использовались различные термины. Так, греки, имея в виду индивида с социально значимыми чертами, говорили о «добром муже», «герое», «мудреце». Римляне применяли термин «гражданин», индусы — «атман», англичане XVIII в.— «джентльмен».

Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: *степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков.* Если поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычки и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосре-

дуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов.

Ю. М. Орлов (1991) в зависимости от истоков поведения предложил разделять людей на две категории: «людей привычки» и «людей воли». Первая в своей деятельности базируется на характерологических особенностях, вторая — на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения «привычек». Человек по привычке может быть пунктуальным, чистоплотным, аккуратным или прилежным. Если черты характера сформированы, то поступки индивида не требуют от него приложения каких-нибудь усилий для их выполнения. Однако в жизни привычка может идти вразрез с требованиями обстоятельств, и тогда возникает необходимость сделать волевое усилие для совершения малоинтересного или кажущегося неактуальным действия. Волевая регуляция деятельности основана на социальных потребностях, формирующихся в период зрелости человека. Это *потребности принадлежать к социальной группе, занимать в ней определенное положение, пользоваться вниманием и привязанностью окружающих, быть объектом уважения илюбви.* Немаловажны и социальные потребности «для себя» (Симонов, 1986) — *потребности в самоуважении и самоактуализации.*

Для удовлетворения социальных потребностей человек в процессе воспитания и самовоспитания стремится обрести общественно поощряемые нравственные качества и сформировать социально одобряемое и разделяемое референтной группой или коллективом мировоззрение. А также выработать качества, на основании которых он смог бы принимать и уважать себя. К личностным качествам можно отнести доброту или злобу (к примеру, добросердечность, добропорядочность или непорядочность, альтруизм или эгоизм, филантропию или мизантропию), любовь или ненависть (жалость или черствость, неравнодушие или равнодушие), верность или неверность, храбрость или трусость, оптимизм или пессимизм, стыдливость, совестливость или бессовестность, алчность или щедрость, лживость или честность, справедливость и правдолюбие и др.

Стать личностью означает, во-первых, занять какую-либо жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные приоритеты; во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность; в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Братусь, 1988). Занятие жизненной позиции и выработка для ее поддержания значимых личностных качеств определяется *личностным смыслом,* личностным значением, которые должны ответить на вопрос, ради чего совершается или должно быть совершено то или иное действие. Личностный смысл выражает отношение субъекта к явлениям объективной действительности, он создается в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на свой непосредственный результат (цель). То есть личностный смысл порождается отношением мотива к цели.

Одна из важных характеристик личности — *ценностная ориентация* или *личностные ценности.* Под личностными ценностями понимают осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни. Индивид в процессе становления личностных качеств овладевает философией жизни, производит ранжирование ценностей в зависимости от нравственных устремлений, решает наиболее трудный вопрос о *смысле жизни.*

Б. С. Братусь (1988) предложил при оценке личностных качеств использовать уровневую характеристику смысловых сфер. Он выделил четыре уровня: *прагматический, эгоцентрический, группоцентрический, просоциальный.* Нулевой уровень— это собственно прагматические, ситуационные смыслы, определяемые самой предметной логикой достижения цели в данных конкретных условиях. Исходным моментом первого уровня являются личная выгода, удобство, престижность. В рамках второго уровня смыс-

ловым моментом отношений к действительности становится близкое окружение человека (семья, группа), которое он либо отождествляет с собой, либо ставит выше себя в своих интересах и устремлениях. Третий уровень включает в себя коллективистскую, общественную и, как свою высшую ступень, общечеловеческую смысловую ориентацию.

Немаловажным параметром личности считается ориентация ее целей и потребностей. Выделяют два типа ориентации: *индивидуализм* и *коллективизм.* Под индивидуализмом понимается приоритет целей и потребностей индивидуума в сравнении с потребностями основных групп (семья, коллектив, общество). При коллективистской модели личные ценности и потребности подчинены потребностям группы. Однако взаимоотношения людей в обществе более разнообразны и способствуют формированию четырех комбинаций индивидуализма и коллективизма, что, в свою очередь, определяет развитие тех или иных личностных качеств. Различают горизонтальный и вертикальный индивидуализм и коллективизм.

Для аддиктологии как раздела психиатрии и психологии девиантного поведения знание механизмов формирования личностных качеств и механизмов становления характерологических свойств весьма актуально. Их актуальность связана с распространенными изменениями характера и личности, появляющимися у людей с возникновением соматического или психического заболевания, перенесших жизненные потрясения.

В. Франкл (1987) основополагающими качествами гармоничной личности называл *духовность, свободу и ответственность.* Духовность отражает нравственную сторону жизни, формируя качества личности, нацеленные на благо других. Свобода представляет собой *свободу по отношению к влечениям, наследственности и среде.* Экзистенциальный анализ признает человека не только свободным, но и ответственным. Человек в первую очередь ответственен за поиск и осуществление смысла и реализацию ценностей. По мнению Франкла, он несет *ответственность за наслаждение и ценность, влечение и смысл перед совестью и Богом.*

Таким образом, под **гармоничной личностью** следует понимать индивида, в процессе социализации осознанно сформировавшегося как человек, обладающего ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью и автономностью в принятии решений, руководствующегося в своей жизни нравственными законами. Можно утверждать, что гармоничная личность живет в соответствии с девизом: «Мне никто ничего не должен». Этот принцип следует понимать как отказ от предъявления претензий окружающим (родителям, детям, государству и пр.) в случаях жизненных неудач. В рамках аддикций все перечисленные качества предстают инверсными. Ответственность заменяется долженствованием, самостоятельность — зависимостью, нравственность — безнравственностью.

2.4. Зависимость — норма или патология?

Приведенные выше характеристики нормативного, гармоничного, идеального и девиантного поведения, в отличие от признаков зависимости, можно признать абсолютными, стойкими и четкими. Понятно, что норма или идеал — это положительно, а девиация и патология — отрицательно. В вопросе анализа зависимого поведения подобный подход не оказывается результативным и эффективным, поскольку не существует однозначною ответа на вопрос о том, положительна или отрицательна роль зависимости.

Парадокс заключается в том, что зависимость — многоликое явление. Отчасти справедливо высказывание о том, что «человек, свободный от аддикций (зависимости). —

это человек мертвый, вялый, у которого «вместо души пар» (Усков, 2000). Можно согласиться и с тем, что аддикция — это не всегда признак патологической слабости. Это и проявление фонтанирующей жизненной силы, нередко — креативности и высокой поисковой активности, оригинальности. Люди стремятся к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего эмоционального контроля над психической беспомощностью (Dodes, 1995).

Но чаще аддикция по мере углубления предстает своей негативной стороной. И удовлетворенность превращается в тягостность и мучения. Термин «addictus», по мнению относится к сфере юридической (Wursmer, 1995). Он означает «приговаривать свободного человека к рабству за долги», т. е. аддикт (зависимая личность) — это тот, кто связан долгами (Stowasser, 1940). Метафорически зависимым (аддиктивным) поведением называется глубокая, рабская зависимость от некой власти, от непреодолимой вынуждающей силы, которая обычно воспринимается и переживается как идущая извне, будь то наркотики, сексуальный партнер, пища, деньги, власть, азартные игры — т. е. любая система или объект, требующие от человека тотального повиновения и получающие его. Такое поведение выглядит как добровольное подчинение. Однако специалисты сходятся во мнении о том, что на самом деле во внешнем мире не существует неких принуждающих желаний или силы (Wursmer, 1995).

Таким образом, можно отметить специфику зависимого поведения, заключающуюся в том, что аддикции (зависимости) могут быть не только психологическими и психопатологическими, но и нормативными и даже гармоничными (например, трудоголизм в некоторым смысле — любовная аддикция). Спектр зависимостей распространяется от адекватных привязанностей, увлечений, способствующих творческому или душевному самосовершенствованию и считающихся признаками нормы, до расстройств зависимого поведения, приводящих к психосоциальной дезадаптации.

Понятие зависимости имеет ряд синонимов, принципиально важных для осознавания ее сущности. Помимо близкого по значению термина **«привязанность»,** буквально означающего «неразрывную связь», «неотделимость», нередко используется термин **«привычка»,** понимаемая как «образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной».

Рассматривая и анализируя спектр поведенческих расстройств, сущность которых состоит в зависимости от чего-либо или кого-либо, можно отметить, что некоторые из аддикции ближе по значению к понятию «привязанность», а иные — к понятию «привычка». Наиболее ярко привязанность проявляет себя в созависимом поведении и в целом в формах зависимости, предполагающих пусть и опосредованный, но процесс межличностного общения. В этом отношении наркозависимость, алкогольная зависимость, никотинизм, фанатизм (религиозный, спортивный, музыкальный), пищевые, часть сексуальных зависимостей не существуют вне *субъект-субъектных отношений.* Для каждой из перечисленных форм аддиктивного поведения важна общность с иными аддиктами или субъектом отношений. Ни одну из перечисленных зависимостей нельзя охарактеризовать термином «привычка». Некоторые другие формы зависимого поведения характеризуются *субъект-объектными отношениями,* и именно к ним больше подходит понятие «привычки». Это трихотилломания, пиромания, дромомания, арифмомания и некоторые парафилии (к примеру, фетишизм), патологические привычные действия. Они не выходят за рамки «образа действия, ставшего обычным и постоянным», и носители подобных аддикции не нуждаются в «со-действии», «со-причастности» со стороны окружающих.

Таким образом, можно отметить неоднородность понятия зависимости, неизученность связи между патологией «привязанностей» и патологией «привычек». Однако не

вызывает сомнений то, что зависимость парадоксально складывается из *«душевной привязанности»* (ощущения эмоционально-положительного родства, вдохновляющей тяги, эйфоризирующего влечения, всепоглощающей страсти к субъекту или объекту, невозможности комфортно существовать без него) и *«нудной привычки»* (тягостной обязанности, вынужденности повторять и повторять единожды ставший влекомым способ достижения удовлетворения и от того превратившийся в выхолощенный и мучительный ритуал). Возможно, в этой противоречивости и кроются диагностические критерии патологичное™ зависимого поведения.

В наиболее полемичном и заостренном виде проблема нормы и патологии зависимого поведения представлена в работе Е. А. Брюна «Введение в антропологическую наркологию» (1993). Автор выдвинул несколько положений.

1. В основе психомодулирующих действий, в частности наркотизации, лежит присущая человеку потребность определенным образом изменять свое психическое состояние, выступающая на протяжении всего онтогенетического личностного развития.

2. Психосоматические эффекты, достигаемые различными психомодулирующими воздействиями, идентичны состояниям, возникающим у человека в процессе его нормального индивидуального развития (при первичном научении, творчестве и пр.).

3. Единое и общее условие возникновения «особых состояний сознания» — актуализация архаичного симпатического мышления, спаянного с бинарным аффектом и характерными телесными ощущениями.

4. Суть симпатического (магического) мышления заключается в переживании и осознании человеком неразрывной симметричной и взаимообратимой связи объектов и субъективных состояний во внутренней (интрапсихической) картине мира — с переносом этого принципа на теоретическое (мифологическое) и практическое (ритуальное) освоение объективной действительности.

5. Бинарный аффект (вариант смешанного аффекта или дисфории) или сочетание противоположных, а иногда взаимоисключающих аффектов, присоединяясь к симпатическому идеаторному процессу, оформляет различные психологические и психопатологические состояния, феноменологически проявляющиеся в переживании сверхистинности, «сверхбодрствования», экстаза, инсайта, сенсации, особого проникновения в суть явлений, понимания особой значимости и, возможно, в кристаллизации бреда.

6. В норме симпатическое мышление — этап развития психической сферы человека с последующим формированием логического мышления и не оторвано от деятельностного освоения мира. При психической патологии и при заболеваниях, обусловленных зависимостью, данный тип мышления носит аутохтонный (возможно, бредоподобный) характер и, кроме прочего, лежит в основе формирования патологического влечения, а в совокупности с бинарным аффектом является ядром наркотической интоксикации.

Не вызывает сомнений тот факт, что в рамках зависимого поведения мы сталкиваемся с закономерностями, существующими в сфере общей психопатологии: каждому психологическому феномену как отражению нормы (в контексте зависимостей феноменом выступает действие или поведение) противостоит психопатологический симптом (в данном случае — патологический поведенческий паттерн). То есть, перефразируя известное изречение, можно сказать: *как недостатки являются продолжением наших достоинств, так зависимости есть продолжение наших привязанностей.*

Однако открытым остается вопрос о границах нормы и патологии в сфере зависимого поведения. Критерии П. Б. Ганнушкина(1933), используемые в психиатрии для оценки поведенческих нарушений (дезадаптация, тотальность и стабильность), не являются эффективными, т. к. многие зависимости не приводят к выраженному нарушению адапта-

ции (к примеру, анорексия или интернет-зависимость), не являются тотальными (т. е. охватывают не весь круг жизни, а лишь ее часть) и часто с течением времени, с возрастом, когда минует пубертат и юность, бесследно исчезают. В этом отношении точка зрения Е. А. Брюна(1993)об идентичности искомых аддиктом состояний, возникающих у человека в процессе его нормального индивидуального развития, вполне логична и не вызывает отторжения.

Критериями патологичности подросткового аддиктивного поведения называют не столько «статичную» сиюминутную дезадаптацию, сколько «лонгитудинальную» перспективную дезадаптацию. Специалистов и родителей страшит не то, что подросток совершает какие-либо действия и поступки, противоречащие взрослым нормам, а то, что подобный патологический стереотип поведения закрепится и приведет к «сквозной» дезадаптированности.

Все вышеизложенное еще раз подтверждает сложность квалификации зависимого поведения как нормативного или патологического стереотипов и заставляет идти «широким фронтом» в изучении спектра аддикций — как химических, так и несубстанциональных (нехимических).

ГЛАВА 3

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: СТРУКТУРА, МЕХАНИЗМЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Зависимое поведение наиболее часто является девиантным по структуре. Вследствие этого логичным представляется анализ современного состояния проблемы отклоняющегося поведения.

Девиантное (аномальное, ненормативное, отклоняющееся) поведение человека имеет существенные отличительные признаки по сравнению с гармонией и нормой, разнообразно по структуре, типам и формам. Под структурой девиантного поведения понимается специфика сочетания и динамики составных частей отклоняющегося от нормы или гармонии поведения. К типам девиантного поведения относят разновидности отклоняющегося поведения в зависимости от особенностей взаимодействия индивида с реальностью и механизмов возникновения поведенческих аномалий. Формы девиантного поведения включают в себя клинические проявления отклоняющегося поведения.

Рассматриваемое в данной работе зависимое (аддиктивное) поведение несомненно носит девиантный характер, может быть различным по структуре и типу.

3.1. Структура девиантного поведения

Девиантное поведение может иметь разнообразную структуру и динамические характеристики, формироваться как изолированное явление или как явление группового порядка, сочетаться с иными клиническими формами или быть единичным феноменом, являться устойчивым или неустойчивым, иметь различную направленность и социальную значимость.

Индивидуальные (изолированные) девиации включают в себя все клинические формы и типы отклоняющегося поведения, при которых оно не носит характера непосредственной связи с поведением окружающих. Нарушение правовых, этических или эстетических норм происходит в данном случае вне связи с микросоциальными паттернами поведения. Нередко индивид осознанно стремится к выбору изолированной девиации, желая кардинально отличаться от окружения или конфронтируя «со всеми и вся». Иногда он может не обращать внимания на наличие или отсутствие девиантных форм поведения у близкого окружения, т. е. игнорировать реальность, не «изобретая» новую оригинальную девиацию. Особенно ярко индивидуальные девиации проявляются при психопатологическом и патохарактерологическом типах отклоняющегося поведения. Известна лишь одна разновидность группового психопатологического девиантного поведения, носящего название индуцированного, — сформированного по механизмам прямого или косвенного внушения индивиду норм поведения и паттернов осмысления действительности, произведенного авторитетным для него человеком, находящимся в болезненном психическом состоянии. Классический пример — индуцированное бредовое поведение близких родственников душевнобольного.

К изолированным девиациям относятся коммуникативные формы отклоняющегося поведения (аутистическое и нарциссическое поведение, гиперобщительность), аутоагрессивное поведение в виде суицидальных попыток (хотя возможны и групповые формы т. н. ритуальных суицидов), нарушения пищевого поведения (анорексия или булимия), аномалии сексуального поведения и развития, сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний: клептомания, дромомания и др.), злоупотребление веществами, вызывающими изменения психической деятельности (наркотическая и алкогольная зависимость).

Наиболее часто наблюдаются *групповые девиации.* Их отличительная черта — облигатность сходных форм девиантного поведения у близкого окружения (созависимость), идолов, авторитетных лиц в референтной группе. Подавляющее большинство возрастных (особенно подростковых) вариантов отклоняющегося поведения относится к групповым. Так, к примеру, характерологические и патохарактерологические реакции подростков носят групповой характер. Реакции группирования со сверстниками, эмансипации, имитации, оппозиции, а также такие клинические формы девиантного поведения, как спортивный, музыкальный или религиозный фанатизм, коллекционирование и «паранойя здоровья» (спортивная аддикция или аддикция упражнений), как правило, формируются не изолированно, а в группе. Часто такие девиации не могут существовать вне группы или коллектива и корригируются изоляцией человека.

В основе формирования групповых разновидностей девиантного поведения лежит принцип группового давления и низкой толерантности к этому давлению, чего не наблюдается при изолированных (индивидуальных) девиациях. Индивид, основываясь на специфических индивидуальных возрастных особенностях, склонен вначале дистанцироваться от взрослых и осознанно выбирать референтную группу. В дальнейшем уже сама группа в силу внутригрупповых закономерностей нацелена карать своих отклоняющихся от «общей линии поведения» членов, поскольку они могут создавать препятствия на пути общегруппового движения. Таким образом происходит становление группового отклоняющегося поведения, когда всецелое принятие групповых взглядов сочетается с подавлением собственных сомнений в правильности, нормативности своего поведения.

Групповое давление на индивида способны оказывать как референтная группа, так и семья. Групповое давление и формирование девиантного поведения могут происходить в рамках профессиональных и построенных на какой-либо идеологии коллективов, а также в группах «по интересам». Так, профессиональное, конфессиональное, «хоббиальное» или любое иное сообщество людей способно гласно или негласно требовать от ее члена соблюдения норм, которые фактически могут иметь оттенки отклоняющегося поведения. Байкерские нормы диктуют необходимость выбирать мотоцикл с максимально мощным и громким звуком мотора и эпатажно демонстрировать его звучность в период, когда обыватель нацелен на тишину. От последователя какого-либо религиозного течения требуется громко много часов подряд в молитвах нечленораздельно, с криком обращаться к божеству. Проституткам, в соответствии с «кодексом чести», запрещено испытывать оргазм на работе.

Семейные разновидности групповых девиаций демонстрируют отклоняющиеся паттерны поведения целой семьи или части ее членов, связанные с процессом группового давления. Это могут быть прямые влияния родителей на ребенка (например, вовлечение его в деятельность тоталитарной секты или оздоровительной группы) или опосредованная трансляция девиантных традиций (к примеру, злоупотребление алкоголем или сверхценные увлечения, стереотипы пищевого поведения). Возможны и обратные воздействия ребенка с отклоняющимся поведением на родителей (формирование патохаракте-

рологического типа девиантного поведения в виде чрезмерной общественной или иной активности у матерей, дети которых страдают, к примеру, наркоманией). Семейные девиации представляют собой устойчиво поддерживаемый и поощряемый группой (семьей) поведенческий стереотип. Зачастую семьи с девиантными формами группового поведения объединяются на базе этих отклонений и формируют новые группы — *метасемьи.* Известны т. н. «шведские семьи», где объединяющим моментом служит приоритетность в выборе групповых сексуальных взаимодействий. Религиозные коммуны, требующие от своих членов отречься от прежних семей и образовать новую духовную общность, приписывают себе еще и семейные функции. Нередко лица с девиантными формами поведения строят свою семью на базе сходства отклоняющихся интересов и поведенческих стереотипов.

Девиантные формы поведения могут быть временными и постоянными, устойчивыми и неустойчивыми. Для *временных девиаций* характерна малая длительность существования отклоняющегося поведения, часто связанная с групповым давлением и невозможностью быть вне группы. Так, подросток может проявлять девиантные формы поведения лишь в течение срока нахождения в лагере отдыха вместе со сверстниками, быть агрессивным только в группе. Или умеренно пьющий человек может злоупотреблять спиртными напитками под психологическим давлением попутчиков или сослуживцев во время командировки. К *постоянным девиациям* относят формы отклоняющегося поведения, имеющие склонность к длительному существованию и малой зависимости от внешних воздействий. Они составляют большинство девиантных форм поведения. *Устойчивые девиации* характеризуются монофеноменологичностью, т. е. в поведении человека преобладает лишь какая-либо единственная форма отклоняющегося поведения. При *неустойчивой девиации* отмечается склонность к частой смене клинических проявлений девиации. Например, у человека могут чередоваться девиации в виде злоупотребления наркотическими веществами и нарушения пищевого поведения. К примеру, наш испытуемый девиант Т., 50 лет, вылечившись от алкоголизма, вначале стал приверженцем одного из учений об оздоровливающей жизни с соответствующей отклоняющейся структурой поведения, а затем увлекся азартными играми (гемблингом) и проиграл на игровых автоматах большую сумму денег, заложив под них квартиру. В структуре его характера и личности был сформирован «каркас для нанизывания» на него разнообразных девиаций.

Выделяются стихийные и спланированные, структурированные (организованные) и неструктурированные (слабоорганизованные) разновидности отклоняющегося поведения. *Стихийные девиации* имеют склонность к быстрому, хаотичному и неспланированному формированию. Они возникают под влиянием внешних обстоятельств и характеризуются временным характером. В таком случае девиантное поведение специально не запланировано, однако и не исключено из поведенческой программы. Стечение обстоятельств и эмоциональный настрой индивида становятся решающими в появлении неадекватного поведения. Провоцирующим моментом могут служить действия окружающих. Нередко стихийно совершаются агрессивные и аутоагрессивные поступки при делинквентном и патохарактерологическом типах девиантного поведения. *Спланированные девиации* носят характер регламентированности, заданности и строгой очерченности. Человек заранее готовится к их реализации, нередко испытывает «предстартовое волнение», радостное и одновременно беспокойное ожидание данного вида деятельности. К спланированным девиациям относятся, примеру, гемблинг и употребление алкоголя или наркотиков. При них можно отметить наличие подготовительного периода, во время которого девиант с вожделением ожидает возможности включиться в азартную

игру или появления «группы единомышленников». В рамках групповых девиаций возможны различные степени их сплоченности вокруг отклоняющейся формы поведения. Сектантство подразумевает сплоченность и структурированность, а для группы филателистов характерна малая организованность. Под *структурированной (организованной) девиацией* понимается групповая форма отклоняющегося поведения, в рамках которой четко расписаны роли всех ее участников. Для *неструктурированной (слабоорганизованной)* разновидности группового отклоняющегося поведения характерно отсутствие иерархических взаимоотношений, регламентации поступков.

Девиантные формы поведения по структуре могут быть также экспансивными и неэкспансивными, альтруистическими и эгоистическими. *Экспансивные девиации,* в отличие от *неэкспансивных,* характеризуются вторжением в сферы жизни и деятельности окружающих людей, зачастую склонностью игнорировать их интересы и даже посягать на их свободы (например, агрессивное или гиперобщительное поведение, сексуальные аномалии). При неэкспансивных девиациях индивид своим поведением формально может не задевать интересы окружающих (к примеру, нарушения пищевого поведения и аутизм). Неэкспансивные девиации отличаются саморазрушающим для личности девианта характером, когда неадекватная и неэффективная деятельность приводит к личностной деградации или блокированию личностного роста.

Подавляющее большинство форм отклоняющегося поведения можно назвать эгоистически ориентированными. *Эгоистические девиации* отличаются нацеленностью на получении удовлетворения или личной выгоды. Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, сексуальные девиации и перверсии пропитаны желанием и стремлением индивида получить новые ощущения, «ублажить себя», испытать радость. *Альтруистические девиации,* напротив, направлены на интересы других людей, нередко сочетаются со склонностью к самопожертвованию и самоуничижению. Альтруистические цели может преследовать суицидальное поведение человека, пытающегося расстаться с жизнью ради близких, ради божества, которому поклоняется или «ради всего человечества». В основе созависимого поведения лежит альтруизм.

По параметру осознаваемости и критичности можно выделить осознаваемые и неосознаваемые девиации. *Осознаваемые девиации* представляют собой отклоняющиеся формы поведения, которые человек осознает как отклонения от нормы и по отношению к которым он может испытывать негативные эмоции и желание их исправить. Критичность чаще носит волнообразный характер. *Неосознаваемые девиации,* как правило, встречаются в рамках психопатологического типа девиантного поведения на базе психических расстройств. Они характеризуются полной спаянностью отклоняющейся формы поведения с личностью девианта, его убежденностью в том, что его поведение адекватно поступкам окружающих и их отношению к нему, а также отсутствием стремления изменить что-либо в своем поведении.

Используя «теорию ярлыков» Г. Беккера (1966), предлагается выделять две разновидности девиаций, различающихся механизмами формирования: первичные и вторичные. *Первичные девиации* представляют собой любые формы ненормативного поведения. *Вторичные девиации* возникают в результате вольного или невольного следования девиантом за приклеенным ему обществом ярлыком, желания оправдывать ожидания людей, стремиться подтвердить справедливость их мнений и убеждений в отношении собственного отклоняющегося поведения. Наиболее ярко вторичные девиации проявляются у проходящих реабилитацию наркозависимых в ситуациях провоцирования со стороны близких или окружения.

3.2. Взаимодействие индивида с реальностью и типы девиантного поведения

В основе оценки девиантного поведения человека — анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы — адаптивность— исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, т. е. реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить несколькими способами (рис. 1).

Приспособление

⇑
⇐ **"Я"** ⇒
⇓

Борьба (противодействие)

РЕАЛЬНОСТЬ => <= "Я" => <= РЕАЛЬНОСТЬ

Болезненное противостояние

РЕАЛЬНОСТЬ <= "Я" => РЕАЛЬНОСТЬ

Уход -

<= РЕАЛЬНОСТЬ "Я" РЕАЛЬНОСТЬ =>

Игнорирование <= "Я"

РЕАЛЬНОСТЬ =>

Рис. 1. Взаимодействие индивида с реальностью

При *противодействии реальности* индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которыми он сталкивается, обусловлены факторами действительности, и единственный способ достижения целей — это борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Противостояние реальности встречается при криминальном и делинквентном поведении. Например, употребление наркотических средств может быть обусловлено желани-

ем подростка продемонстрировать собственную независимость от окружающих (взрослость) или даже назло родным.

Болезненное противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами, когда окружающий мир предстает враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность человека адекватно оценить мотивы поступков окружающих, и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно выбирает путь борьбы с действительностью, то при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия — единственный и вынужденный.

Способ взаимодействия с действительностью в виде *ухода от реальности* осознанно или неосознанно выбирают люди, расценивающие реальность негативно и оппозиционно, считающие себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались» по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности. Уход в мир наркотического дурмана — одна из разновидностей ухода от реальности.

Игнорирование реальности проявляется автономизацией жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Стороны существуют как бы сами по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Гармоничный человек, как было показано выше, выбирает *приспособление к реальности.* Однако нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, использующих, к примеру, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, так же, как и отдельный индивид, может носить негармоничный характер. Например, добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как признаки гармоничности человека.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей.

С нашей точки зрения, девиантным поведением следует считать любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы. При этом критерии обусловливаются нормами следования правовым указаниям и регламентациям (нормы законопослушания), моральным и нравственно-этическим предписаниям (т. н. общечеловеческим ценностям), этикету и стилю. Одни нормы имеют абсолютные и однозначные критерии, расписанные в законах и указах, другие — относительные, передающиеся из уст в уста, транслирующиеся в виде традиций, верований или семейных, профессиональных и общественных регламентации.

3.2.1. Делинквентный тип девиантного поведения

Разновидностью преступного (криминального) поведения человека выступает делинквентное поведение — отклоняющееся поведение, в крайних своих формах представляющее собой уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К. К. Платонов (1987) выделил следующие типы личности преступников: I) определяется соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) определяется неустойчивостью внутреннего мира, когда личность совершает преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц: 3) определяется высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) определяется не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) определяется возможностью только случайного преступления.

В группу лиц с делинквентным поведением относят представителей 2-й, 3-й и 5-й групп. У них в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуально-психологических особенностей *нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего* результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации совершают противоправное деяние, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе и для самого человека) последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуационно-импульсными или аффектогенными мотивами. В основе ситуационно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (Арсентьев, 1989). Реализуются ситуационно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Делинквентное поведение может проявляться, к примеру, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и «за компанию» может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». Из шалости человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку. Иногда употребление алкоголя или наркотика также носит характер проступка.

Различие делинквентного и криминального поведения коренится не в возрасте, с которого наступает уголовная ответственность (деликты могут совершать и взрослые, и даже пожилые люди), а в степени осознания индивидом своих противоправных поступков и действий, их социальной значимости и вредоносных последствий для окружающих. Используя образное выражение Е. Анчел (1977), к делинквентному поведению можно отнести *«преступные действия, намерения которых были невинными».* Основой делинквентного поведения взрослого и пожилого человека является психический инфантилизм с комплексом характерных признаков: неумением «разводить» идеальные и реальные цели, не соответствующей возрасту наивностью и прямодушием, детской восторженностью, эгоцентризмом, формально-обязательным выполнением долга и

подчиняемостью, нежеланием и неумением прогнозировать возможные будущие нежелательные события (антиципационной несостоятельностью), повышенной обидчивостью, потребностью в утешении и опеке, склонностью к резким колебаниям настроения и выраженным аффективным реакциям.

3.2.2. Аддиктивный тип девиантного поведения

Аддиктивное поведение — это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления человека к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Короленко, Донских, 1988).

Основной мотив личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, — активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, захватить, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достижения цели. В этом отношении показателен пример наркомана, для которого вся окружающая жизнь неинтересна и в ней он пассивен. При этом его стремление ввести себе наркотическое вещество или приобрести его отражается в недюжинной энергии, активности и азарте.

Выделяются следующие психологические особенности лице аддиктивными формами поведения (Segal, 1989): 1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; 3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; 4) стремление говорить неправду; 5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны; 6) стремление уходить от ответственности в принятии решений; 7) стереотипность, повторяемость поведения; 8) зависимость; 9) тревожность.

Основной, в соответствии с имеющимися критериями, особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лице разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Классическим антиподом аддиктивной личности выступает обыватель — человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, стано-

вящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в окружающем мире, довольствуется тем, что имеет («маленькими радостями жизни»), старается исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни».

В отличие от него, аддиктивной личности, напротив, претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с конкретным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы становится раздражающим моментом для аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. У аддиктивной личности отмечается феномен *«жажды острых ощущений»* (Петровский, 1992), характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению Э. Берна (Bern, 1988), у человека существует шесть видов «голода»: I) голод по сенсорной стимуляции; 2) голод по признанию; 3) голод по контакту и физическому поглаживанию; 4) сексуальный голод; 5) структурный голод, или голод по структурированию времени;6)голод по инцидентам.

В рамках аддиктивноготипа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворения чувства «голода» в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает приоритет интенсивным воздействиям, громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), признания неординарными его поступков (в том числе сексуальных), заполненности времени событиями.

Вместе с тем объективно и субъективно *плохая переносимость трудностей повседневной жизни,* постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей *скрытый «комплекс неполноценности».* Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что не способны «жить как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навеваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях — условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие, и «настоящей, свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Учитывая, что давление на таких людей со стороны социума достаточно интенсивно, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль «своего среди чужих». Вследствие этого они научаются формально исполнять социальные роли, навязанные им обществом (примерного сына, учтивого собеседника, добропорядочного коллеги). *Внешняя социабельность,* легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Такой человек страшится *стойких и длительных эмоциональных контактов* вследствие быстрой потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения ответственности за какое-либо дело. Мотивом поведения «закоренелого холостяка» (категорического отказа связать себя узами брака и иметь потомство) в случае преобладания аддиктивных форм поведения может быть *страх ответственности* за

возможную супругу и детей и зависимости от них. По сходному механизму многие наркозависимые и больные алкоголизмом поддерживают миф о том, что «бывших наркоманов (алкоголиков) не бывает». Они страшатся ответственности, которая может лечь на их плечи в процессе лечения и реабилитации.

Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и промахах вытекает из структуры аддиктивной личности, пытающейся скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Базисная характеристика аддиктивной личности — **зависимость.** Для оценки и отнесения человека к зависимому типу выделяют перечисленные ниже признаки, пяти из которых достаточно для диагностики клинической зависимости:

1) неспособность принимать решения без советов других людей;
2) готовность позволять другим принимать важные для него решения;
3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы;
4) затруднения начать какое-то дело самостоятельно;
5) готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6) плохая переносимость одиночества— готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;
7) ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
8) охваченность страхом быть отвергнутым;
9) легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

Наряду с зависимостью основное в поведение аддиктивной личности — стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо.

Уход от реальности совершается при аддиктивном поведении в виде своеобразного «бегства», когда взамен гармоничному взаимодействию со всеми аспектами действительности происходит активация в каком-либо одном направлении. При этом человек сосредоточивается на узконаправленной сфере деятельности (часто негармоничной и разрушающей личность), игнорируя все остальные. Выделяют четыре вида **«бегства» от реальности:** *«бегство в тело», «бегство в работу», «бегство в контакты или одиночество»* и *«бегство в фантазии»* (рис. 2) (Peseschkian, 1990).

При выборе ухода от реальности в виде «бегства в тело» происходит замещение традиционной жизнедеятельности, направленной на семью, служебный рост или хобби, изменение иерархии ценностей обыденной жизни, переориентация на деятельность, нацеленную лишь на собственное физическое или психическое усовершенствование. При этом гиперкомпенсаторным становится увлечение оздоровительными мероприятиями (т. н. «паранойя здоровья»), сексуальными взаимодействиями (т. н. «поиск и ловля оргазма»), собственной внешностью, качеством отдыха и способами расслабления.

«Бегство в работу» характеризуется дисгармоничной фиксацией на служебных делах, которым человек начинает уделять непомерное в сравнении с другими областями жизни время, становясь трудоголиком.

Изменение ценности коммуникации формируется в случае выбора поведения в виде *«бегства в контакты или одиночество».* В этом случае общение становится либо единственно желанным способом удовлетворения потребностей, замещая все иные, либо количество контактов сводится к минимуму.

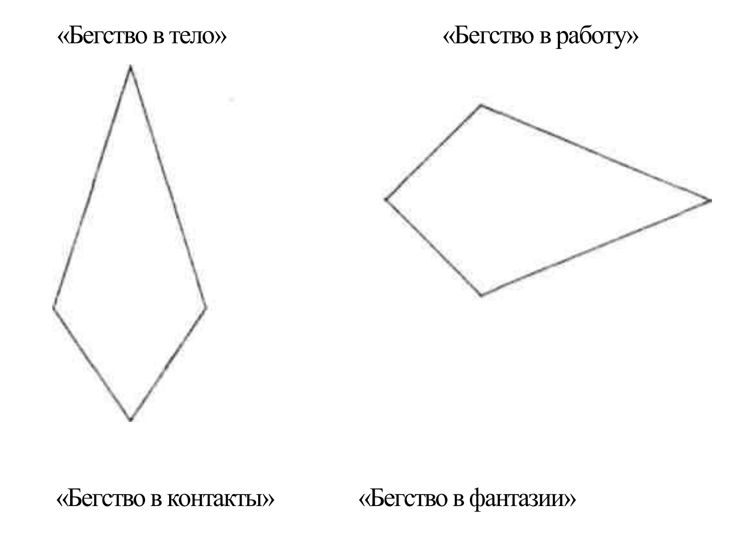


Рис. 2. Виды «бегства от реальности»

Склонность к размышлениям, прожектам при отсутствии желания что-либо воплотить в жизнь, совершить какое-нибудь действие, проявить какую-нибудь реальную активность называется *«бегством в фантазии»*. В рамках подобного ухода от действительности появляется интерес к псевдофилософским исканиям, религиозному фанатизму, жизни в мире иллюзий и фантазий.

Употребление алкоголя и злоупотребление им, а также табаком или наркотическими веществами можно рассматривать как сочетанное бегство — «в тело» (поиск новых ощущений), «в контакты» и «в фантазии».

3.2.3. Патохарактерологический тип девиантного поведения

Под **патохарактерологический типом девиантного поведения** понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К нему относятся т. н. *расстройства личности (психопатии) и явные или выраженные акцентуации характера.* Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической ;1еятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущностью данных мотивов—ликвидация личностного диссонанса, в част-

ности, рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой. По данным Л. М. Балабановой (1998), при *эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии)* наиболее частым мотивом поведения становится стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию, упрямство, обидчивость, нетерпимость к противодействию, склонность к самовзвинчиванию и поискам поводов для разрядки аффективного напряжения. У лиц с *истерическим расстройством личности (истерической психопатией)* мотивами девиантного поведения выступают, как правило, такие качества, как эгоцентризм, жажда признания, завышенная самооценка. Переоценка своих реальных возможностей ведет к тому, что ставятся задачи, соответствующие иллюзорной самооценке, совпадающей с идеальным «Я», но превышающие возможности личности. Важнейший мотивационный механизм здесь — стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними. Люди из окружения рассматриваются лишь как орудия, которые должны служить удовлетворению потребностей данного человека. У индивидов *с ананкастными и тревожными (уклоняющимися) личностными расстройствами (психастенической психопатией)* патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими привычного стереотипа действий, в уходе от перенапряжений и стрессов, нежелательных контактов, в стремлении не утратить личностную независимость. При столкновении таких людей с окружающими, с непосильными задачами в силу своей ранимости, мягкости, низкой толерантности к стрессу они не получают положительного подкрепления, чувствуют себя обиженными, преследуемыми.

По мнению И. Н. Пятницкой (1984) и многих других исследователей-наркологов, для наркоманов типичен гипертимный тип акцентуации характера. Он проявляется повышенным настроением, коммуникабельностью, легкомысленностью, повышенной активностью.

К патохарактерологическим девиациям относят отклонения поведения на базе *невротических расстройств и невротических развитии личности* — патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза. В большей степени они представлены обсессивными симптомами в рамках обсессивного развития (по Лакосиной, 1970). Девиации в таких случаях проявляются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, пронизывающих всю жизнедеятельность человека. В зависимости от их клинических проявлений человек может выбирать способы болезненного противостояния реальности. К примеру, человек с навязчивыми ритуалами может подолгу и в ущерб своим планам совершать стереотипные действия (открывать и закрывать двери, определенное количество раз пропускать подходящий к остановке троллейбус), цель которых — снятие состояния эмоционального напряжения и тревоги.

К сходному параболезненному патохарактерологическому состоянию относят поведение в виде *поступков, основанных на символизме и суеверных ритуалах.* В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от необходимости совершить какой-либо поступок (жениться, сдавать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

3.2.4. Психопатологический тип девиантного поведения

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, представляющих собой проявления тех или иных психи-

ческих расстройств и заболеваний. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не обнаружены основные признаки психических расстройств. Пациент может проявлять отклоняющееся поведение в силу нарушений восприятия — галлюцинаций или иллюзий (например, затыкать уши или к чему-то прислушиваться, искать несуществующий объект, разговаривать с собой), нарушений мышления (высказывать, отстаивать и пытаться добиваться поставленных целей на основе бредового истолкования действительности, активно ограничивать сферы своего общения с окружающим миром в силу навязчивых идей и страхов), совершать нелепые и непонятные поступки или месяцами бездействовать, делать стереотипные вычурные движения или надолго застывать в однообразной позе из-за нарушений волевой активности.

Нередко на базе алкоголизма или наркомании возникают психотические расстройства, определяющие новый девиантный стереотип поведения человека. Кроме того, его поведение может меняться в зависимости оттого, в каком состоянии он находится — в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения или абстиненции.

Разновидностью патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения является *саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение.* Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост, не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аутоагрессня), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутодеструкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся аддикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

3.2.5. Основанный на гиперспособностях тип девиантного поведения

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (Платонов, 1986). Выходящими за рамки обычного, нормального поведения рассматривают поступки человека, чьи способности значительно и существенно превышают среднестатистические. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из видов деятельности человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек нередко не приспособлен к «бытовой, приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни. Если при делинквентном поведении наблюдается противоборство во взаимодействии с реальностью, при аддиктивном — уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом, — болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями — *игнорирование реальности.* Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в иной, собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», где действуют другие окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведе-

нию окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не относятся к значимым для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить характер чудаковатости. К примеру, он может не знать, как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обычные действия. Весь интерес сосредоточен на деятельности, связанной с его неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Подытоживая рассмотрение типов девиантного поведения, можно указать на то, что зависимость от психоактивных веществ (например, от наркотиков) может быть включенной в любой из перечисленных типов.

В рамках делинквентного наркотического поведения основным мотивом употребления наркотических веществ можно считать стремление человека противостоять реальности, протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, эпатаж, стремление «взорвать ситуацию», действовать назло родителям, учителям. Индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все его проблемы обусловлены факторами действительности, и единственный способ достижения своих целей — борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Данный вариант формирования психологической зависимости от наркотика следует рассматривать как протестный, требующий гармонизации отношений человека с его окружением.

При аддиктивном варианте основным мотивом употребления наркотических веществ становится уход от реальности в иллюзорный, субъективно значимый и комфортный мир. Преобладающей становится гедонистическая мотивация, а типичным — феномен «жажды острых ощущений». Приобщение к наркотическому веществу происходите целью вывода себя из состояния скуки, безразличия, безрадостности. Наркотическое аддиктивное поведение, по данным наших исследований, носит поисковый (творческий, креативный) характер.

В рамках патохарактерологического и психопатологического вариантов наркотического девиантного поведения употребление наркотических веществ следует рассматривать как компенсацию «психопатологического дефекта», проявляющегося в виде дискомфорта, связанного с наличием симптомов или патологических черт характера. В подобных случаях наркотик выступает в роли своеобразного «лекарственного средства», купирующего негативные эмоции, позволяющего улучшить процесс коммуникации. При наркотическом девиантном поведении на базе гиперспособностей основными мотивами наркотизации являются мода, престиж, чувство принадлежности к рангу избранных, особых, богемы.

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие клинические формы:

1) агрессия;

2) аутоагрессия (суицидальное поведение);

3) злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.);

4) нарушения пищевого поведения (переедание, голодание);

5) аномалии сексуального поведения (девиации, перверсии, отклонения психосексуального развития);

6) сверхценные психологические увлечения (трудоголизм, гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм — религиозный, спортивный, музыкальный и пр.);

7) сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромоманияидр.);

8) характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.);

9) коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, ревность, фобическое и нарциссическое поведение, нигилизм, крусадерство, «вегетативность» и др.);

10) безнравственное и аморальное поведение;

11) неэстетичное поведение, или девиации стиля поведения.

Каждая из клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служит несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, к примеру, алкоголизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, когда употребление спиртного и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков.

Традиционно зависимое поведение в отечественной и зарубежной литературе ассоциируется с понятием аддикции или аддиктивным типом девиантного поведения. Дословно «аддикция», конечно же, обозначает «зависимость». Однако клинический опыт убеждает в том, что зависимое поведение может формироваться не только по законам гедонистической мотивации, являющимся основополагающими в диагностике данного типа девиации — **первичная аддикция,** но и на базе иных типов отклоняющегося поведения— **вторичная аддикция.**

К зависимому поведению, помимо зависимости от психоактивных веществ, могут относиться разнообразные формы девиаций. Существенно и появление фетиша — объекта или субъекта зависимости. Из перечисленных выше форм девиантного поведения к ним относятся пищевые, сексуальные зависимости, сверхценные увлечения, некоторые разновидности коммуникативных девиаций, девиации стиля поведения. Теоретически можно представить формирование аутоагрессивной и агрессивной форм зависимостей, когда фетишем становится, к примеру, процесс самоповреждения или мучений окружающих.

ГЛАВА 4

КОНЦЕПЦИЯ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ)

Не вызывает сомнений факт, что любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет не внешнее, а внутреннее происхождение. Индивид становится зависимым от чего-либо или кого-либо не в силу давления или принуждения извне, а благодаря готовности подчиняться, в определенном смысле наличию «страсти быть во власти другого», жажды, чтобы им руководили и вели по жизни. Полезависимость — типичная и основополагающая характеристика. Справедливости ради следует признать, что и внешние факторы играют определенную роль в формировании зависимого поведения. Но они — условия становления зависимостей, а не их причина.

В этом отношении и химические зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм), и игровые зависимости (гемблинг, интернет-зависимость), и сексуальные девиации, и зависимость от пищи, и фанатизм как проявление зависимости от идеи и ее проповедников имеют сходные корни. Все они базируются на индивидуально-личностных качествах человека. То есть, можно с высокой вероятностью предполагать, что зависимая личность, сформированная в процессе социализации, сама, даже без внешнего инициирования способна легко найти себе в окружающем мире «подходящий» объект или субъект зависимости. Ведь соблазнить (прельстить, привлечь) можно только того, в ком уже созрело искушение. С соблазном отождествляется нечто влекущее. А, как известно, влечение — это внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным предвзятым образом.

Подавляющее большинство специалистов, изучающих наркоманию, алкоголизм, никотинизм и иные формы зависимого поведения, сходятся во мнении, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности, в силу чего у индивида и сформировалась зависимость. Однако список значимых личностных особенностей настолько широк (а иногда и противоречив), что затруднительно выделение сущностных характеристик подростка, склонного к зависимому поведению.

Наиболее часто упоминается такая характеристика, как инфантильность, или психический инфантилизм. Считается, что именно эта особенность наиболее часто лежит в основе формирования зависимого поведения. Во-первых, потому что именно в детстве и юности (а «инфантильность» и означает «детскость») преимущественно возникают зависимости, во-вторых, потому что гармоничный взрослый человек стремится к независимости и свободе.

Многими исследователями признается положение о том, что инфантилизм может также являться базой для разнообразных поведенческих расстройств. Н. И. Фелинская (1978) считает, что примерно 17% подростков-правонарушителей обнаруживают психическую незрелость. Обращает на себя внимание (Буянов, 1995) то, что инфантильные

правонарушители в силу повышенной внушаемости становятся «орудием в руках преступных элементов». В. А. Гурьева (1988) отмечает у подростков-правонарушителей задержку развития интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер, в 67% случаев — ретардацию темпа полового созревания. Отмечается значимость таких особенностей, как неустойчивость внимания, несерьезность в выполнении заданий, недостаточность организации действий, слабость волевого усилия, нарушение контроля умственной деятельности. При этом 40% обследованных правонарушителей, по данным Гурьевой (1988). обучаются во вспомогательной школе. 67% злоупотребляют алкоголем, 71% бродяжничают, у 33% отмечаются сексуальные перверсии. Наиболее часто встречаются реакции имитации, оппозиции и отказа.

Обследование детей 10-15 лете токсикоманиями (Покоев, 1985) показало, что у всех имеются признаки органического поражения головного мозга. Отмечены и такие инфантильные черты, как слабость волевых процессов, непостоянство интересов, неспособность критически оценить свои действия, неустойчивость внимания, тугоподвижность мышления, затруднения в овладении сложными грамматическими формами. Б. М. Гузиков выделяет психический инфантилизм как фактор риска раннего употребления алкоголя у подростков. При обследовании с помощью MMPI им отмечены приподнятые профили с наиболее выраженным повышением 1 -й, 4-й, 7-й, 8-й шкал.

По мнению А. В. Надеждина, А. И. Иванова, В. П. Трифонова и СП. Авдеева (1992). психический инфантилизм наблюдается практически у всех пациентов с токсикоманией. При этом можно говорить о специфических его особенностях в сравнении с инфантилизмом, встречающимся в клинике психических заболеваний.

А. В. Логунов (1985), говоря о «семейном факторе» в развитии наркомании, указывает на значимость неправильного воспитания. При гиперопеке формируется незрелая личность (психический инфантилизм) без мотивации к труду с установкой на получение удовольствий, без ответственности за свои поступки. При переходе в подростковый возраст такие дети проявляют себя как дезадаптированные личности, неспособные к принятию собственных решений, позитивной деятельности. В качестве средства ухода от проблем они очень скоро начинают использовать психоактивные вещества. Л. О. Пережогин (1999) обнаруживает улице парафилиями психический инфантилизм в 27,5% случаев. У большинства обследованных лиц, совершивших сексуальные правонарушения, выявляются нарушения психосексуального развития: задержка у 41,2%, опережение — у 33,3% обследованных. Автор приводит данные канадской национальной расчетной палаты по семейному насилию, свидетельствующие о том, что около 25% всех сексуальных преступлений совершается подростками (до 18 лет) и около 33% — лицами моложе 21 года, причем, как правило, это подростки, изолированные от группы, предпочитающие играть с младшими детьми, незрелые личности. У многих имеются проблемы обучения в школе.

Если обратиться к наркозависимым, то незрелость личности («слабая чувственная ткань сознания» по А. Н. Леонтьеву, 1972), недостаток чувства реальности, сознания «Я» обусловливается прежде всего инфантильностью всей психики таких людей. По данным А. В. Сухарева и Е. А. Брюна (1999), у потенциапьных наркоманов еще задолго до стереотипизации злоупотребления «можно обнаружить аномалии психического реагирования, которые проявляются в виде застывшей структуры психических реакций (на стимулы различной модальности ответ психических реакций качественно одинаков: или телесно-ориентированная, или аффективная, или идеаторная), сужения спектра психических реакций, повышения порога психических реакций и изменения их силы и длительности». Иногда это сохраняется в течение всей жизни. Основными незрелыми областями при

этом остаются самосознание, интеллект, мотивационная сфера и сфера эмоций. Главным становится задержка развития ядра личности — самосознания. Важной причиной возникновения наркомании авторы считают инфантильность мышления наркозависимого. Это связано с психическими реакциями, «определяющими симпатическое (магическое), т. е. архаичное (инфантильное), мышление человека в достаточно зрелом биологическом возрасте». Причем Е. А. Брюном (1993) это расценивается как врожденное, эндогенное свойство. Наличие же (степень выраженности) «смыслообразующего этнофункционального рассогласования» определяет и прогноз наркомании. В своей практике авторы сталкивались со случаями, «когда наличие героиновой наркомании наблюдалось при относительно благоприятных этнофункциональных маркерах, особенно смыслообразующем и обобщенном. Эти случаи сопровождались более длительными ремиссиями, а больные проявляли выраженный интерес к психотерапии и признавали необходимость проведения занятий в целях проработки психологического компонента наркотической зависимости».

Эмоциональный фон наркозависимого определяется прежде всего «взаимодействием» с наркотиком. Он имеет либо эйфоричный и апатичный (вне абстиненции), либо раздражительный и мрачный оттенок. В целом эмоциональная сфера такого человека характеризуется незрелостью чувств, бедностью и лабильностью эмоциональных переживаний и низкой фрустрационной толерантностью (быстрым возникновением тревоги и депрессии). Причем все преморбидные особенности заостряются, а определяющее значение в возникновении переживаний занимает «аффективная логика» — когнитивные искажения, увеличивающие дисгармонию личности. Из них наиболее частыми, по Р. В. Овчаровой (1988), являются: 1) произвольное отражение: «Я — неудачник», «Я — супермен»; 2) селективная выборка: «Меня никто не любит, потому что я плохо учусь»; 3) сверхраспространенность: «Все наркоманы, так как все принимают лекарства»; 4) «абсолютное» мышление: «Все или ничего», «Мир — черный или цветной»; 5) персонализация: «Эта реплика неслучайна, она относится ко мне».

Традиционно считается, что зависимое поведение может носить исключительно аддиктивный характер. Однако, как было показано в предыдущих главах, формирование зависимого поведения может происходить по пяти механизмам: делинквентному, аддиктивному, патохарактерологическому, психопатологическому и на базе гиперспособностей. В основе большинства из них лежит психический инфантилизм, который лишь проявляется в разном виде: в виде протеста и эпатажа (при делинквентном типе), в виде «поиска успокоения и удовлетворения» вне реального мира (при аддиктивном типе), в виде неконтролируемости и незрелости реакций (при патохарактерологическом и психопатологическом типах) или в виде вытеснения (на базе гиперспособностей).

Учитывая то, что инфантильность (инфантилизм) является стержнем зависимой личности, остановимся на анализе этого качества более подробно.

4.1. Инфантильность

Инфантильность рассматривается 3. Фрейдом (1990) как фиксация на определенной стадии развития. Человек предпочитает удовлетворять свои потребности более простыми, «детскими» способами. В частности, грызение ногтей, курение или переедание может быть связано с частичной фиксацией на оральной стадии, обусловлено «неполнотой» психической зрелости.

Типичной инфантильной реакцией является защитный *механизм регрессии* - возвращение на более ранний уровень развития или к более простому способу выражения.

более свойственному детям (тревожность ослабляется «детскими» способами). Не зря регрессия считается более примитивным способом преодоления конфликта, при этом источники тревожности остаются неразрешенными. «Даже здоровые, хорошо приспособленные люди, — писал 3. Фрейд, — позволяют себе время от времени регрессии, чтобы уменьшить тревожность или, как это говорится, спустить пар. Они курят, напиваются, переедают, выходят из себя, кусают ногти, ковыряют в носу, читают рассказы о таинственном, ходят в кино, нарушают законы, лепечут по-детски, портят веши, мастурбируют, занимаются необычным сексом, жуют резинку или табак, одеваются как дети и делают тысячи других "детских" вещей. Многие из этих регрессий настолько общеприняты, что принимаются за признаки зрелости. В действительности все это — формы регрессии, используемые взрослыми».

В психологической регрессии 3. Фрейд видел ключ к пониманию девиантных форм сексуальности и предлагал использование психоанализа для выявления психической травмы, задержавшей или исказившей нормальное сексуальное развитие.

В противовес 3. Фрейду К. Юнг (1995) писал о других причинах внутриличностных конфликтов: «Практически учение о вытеснении инфантильной сексуальности или об инфантильной травме несметное количество раз служило отвлечению внимания от подлинных причин невроза, а именно от изнеженности, халатности, пассивности, алчности, злобы и прочих видов эгоизма». Как бы то ни было, Юнг перечисляет в качестве причин неудовлетворенности человека собой и неврозов такие инфантильные, на наш взгляд, проявления, как эгоизм, пассивность и др. Типичной инфантильной чертой является и зависимость — «особая внутренняя привязанность, которая может чем-нибудь заменяться». Зависимость подавляет развитие личности, «потому что ничто так не препятствует развитию, как застывание в бессознательном, можно даже сказать, в психически эмбриональном состоянии».

В своем определении личности К. Юнг дает, по сути дела, определение противоположности инфантильности — зрелости: «Личность — результат наивысшей жизненной стойкости, абсолютного принятия индивидуального сущего и максимального успешного приспособления к общезначимому при величайшей свободе выбора». В то же время воспитание такой личности, по мнению Юнга, является «недостижимым идеалом», г. к. во взрослом воспитателе «застрял вечный ребенок, нечто еще становящееся, никогда не завершающееся, нуждающееся в постоянном уходе, внимании и воспитании. Это часть человеческой личности, которая хотела бы развиться в целостность».

Особенности воспитания как возможная причина «взрослых» проблем широко освещается в работах А. Адлера (1992). Одним из препятствий личностного роста им называется *избалованность.* Избалованные дети, по мнению Адлера, имеют трудности в развитии «чувства социального интереса и кооперации». Им не хватает уверенности в своих силах, поскольку другие всегда делали все за них.

Инфантильные черты рассматриваются также как возможная причина внутриличностного конфликта. В частности, К. Хорни (1988) описывает понятие «базального конфликта» и особенности невротической личности, «заложенные в нашей культуре, которые невротик отчаянно пытается примирить: склонность к агрессивности и тенденцию уступать; чрезмерные притязания и страх никогда ничего не получить; стремление к самовозвеличиванию и ощущение личной беспомощности». Наиболее четко инфантильные черты прослеживаются в тенденции «движения к людям» — «уступчивый тип»: «Данный тип демонстрирует заметно выраженную потребность в любви и одобрении и особую потребность в партнере, который должен взять на себя ответственность за все доброе и злое... Будучи предоставленным самому себе, он чувствует себя потерянным,

подобно лодке, потерявшей свой якорь. Эта *беспомощность* отчасти соответствует действительности». Еще одной типичной чертой этого типа является зависимость от других людей: «Если я найду кого-либо, кто будет любить меня больше всех других, опасность исчезнет, ибо он (она) защитит меня». На самом деле эти предпосылки ложны, т. к. «он ошибочно принимает свою потребность в любви и привязанности и все, что вытекает из нее, за подлинную способность любить и что он полностью упускает свои агрессивные и даже разрушительные наклонности». В двух других тенденциях — «движении против людей» и «движении от людей» также прослеживаются некоторые инфантильные черты. «Ни один из этих вариантов не избран свободно: каждый имеет навязчивый и негибкий характер, задан внутренней необходимостью». Все три типа основываются, в принципе, на *«зависимости от людей, какую бы форму она ни принимала: слепое бунтарство, слепое стремление к превосходству и слепая потребность держаться в стороне — все они являются формами зависимости.* Далее, путем сдерживания огромных секторов эмоциональной энергии он полностью выключает их из действия. Все эти факторы приводят к тому, что он становится почти неспособным ставить собственные цели и добиваться их».

По мнению Э. Фромма (1994), классическим примером зависимости и инфантилизма является невроз и невротик — «человек, продолжающий сопротивляться полному подчинению, но в то же время связанный с фигурой "волшебного помощника"', какой бы облик "он" ни принимал. Невроз всегда можно понять как попытку — неудачную попытку — разрешить конфликт между непреодолимой внутренней зависимостью и стремлением к свободе». Понятия «садизм» и «мазохизм» у Фромма также рассматриваются как две стороны инфантильности. Он называет это «симбиозом» — *«союз некоторой личности с другой личностью* (или иной внешней силой), в котором каждая сторона теряет целостность своего "Я", так что обе они становятся в полную зависимость друг от друга. Садист так же сильно нуждается в своем объекте, как мазохист — в своем. В обоих случаях собственное "Я" исчезает». Наиболее частые проявления садизма — это чувства собственной неполноценности, способные принимать разнообразные формы: самокритика, невроз навязчивых состояний, склонность к несчастным случаям или к физическому заболеванию. Все эти проявления нацелены на то, чтобы «избавиться от собственной личности, потерять себя, избавиться от бремени свободы». Садистские наклонности могут выражаться в стремлении «эксплуатировать других», подчинять себе, причинять физические и душевные страдания. «Садисту нужен принадлежащий ему человек, причем эта зависимость может быть совершенно неосознанной». Третий тип личности, по Фромму, — это «конформист». *Конформность,* по нашему мнению,— типичная инфантильная черта: «Индивид перестает быть собой, он полностью усваивает тип личности, предлагаемый ему общепринятым шаблоном, и становится точно таким же, как все остальные».

Э. Эриксон (1992), как и многие другие исследователи, считает, что инфантильные черты могут обнаруживаться у любого взрослого человека: «Каждое поколение привносит в социальные институты пережитки инфантильных потребностей и юношеского пыла и берет от них специфическое подкрепление детской витальности». Так же, как и 3. Фрейд (1990), Эриксон полагает, что проблемы, возникающие на определенной стадии развития, могут привести к фиксации и регрессии.

По мнению Э. Берна (1988), «каждый таит в себе маленького мальчика или девочку». «Детское Я отвечает за творчество, оригинальность, получение приятных впечатлений, детское Я выступает на сцену, когда человек не чувствует достаточно сил для самостоятельного решения проблем». Так как для оптимального функционирования личности

необходима гармоничная представленность всех трех состояний, то понятия «незрелая личность» не существует: «Есть люди, в которых Ребенок совершенно некстати и неумело берет на себя управление всей личностью, а у т. н. "зрелых" людей контроль над поведением почти все время осуществляет Взрослый».

В своей теории поля К. Левин (1992) также отмечает возможность возникающих время от времени регрессий. Кроме того, он различает регрессию и ретрогрессию. Ретрогрессия — это обращение к ранним формам поведения, имевшим место в жизненной истории человека, тогда как регрессия означает переход на более примитивную форму поведения независимо оттого, вел ли себя человек когда-либо прежде таким образом. Одним из факторов возникновения регрессии является фрустрация.

Еще одним защитным инфантильным механизмом, по нашему мнению, является описанный Ф. Перлзом (1988) *механизм слияния:* «Человек, находящийся в состоянии патологического слияния, не знает, что такое он и что такое другие. Он не знает, где кончается он сам и где начинаются другие. Не осознавая границ между собой и другими, он не способен на контакте ними, но также и не может отделиться от них». Перлз считает, что такое патологическое слияние лежит в основе многих психосоматических заболеваний: «Человек, находящийся в патологическом слиянии, связывает свои потребности, эмоции, действия в один тугой узел и уже не осознает, что он хочет делать и как он сам себе не дает этого делать».

В гуманистических теориях личности упор обычно делается не столько на описании инфантильности, сколько на ее противоположности — зрелости. В частности, понятие самоактуализирующейся личности включает в себя наличие таких «зрелых» черт, как автономность и ответственность. Считается, что у таких людей есть «способность к самостоятельным решениям, самоуправлению, к тому, чтобы быть сильным, активным, ответственным, решительным субъектом своего действия, а не куклой в руках других людей». В связи с этим А. Маслоу (1990) считает «ненормальными» и «больными» противоположные проявления: «Слишком много людей не сами создают содержание своею сознания, а предоставляют это делать другим — продавцам, рекламодателям, агитаторам, телевидению и газетам. Они марионетки, а не самостоятельные, не самоопределяющиеся индивиды. Именно поэтому они столь склонны чувствовать себя слабыми и беспомощными».

В некоторых теориях выделяются понятия «взрослости» и «зрелости». В работах по психологии индивидуальности Г. Олпорт(1988) писал, что «не все взрослые достигают полной зрелости. Они — *выросшие индивиды, чья мотивация все еще пахнет детской комнатой.* Не все взрослые управляют своим поведением на основе ясных разумных принципов. Лишь в случаях серьезных нарушений мы видим взрослого, не знающего, что он делает, чье поведение теснее связано с тем, что происходило в детстве». Зрелая личность, по Г. Олпорту, должна обладать «самопротяженностью» — жизнь человека не может быть привязана к непосредственным потребностям и обязанностям, человек должен «реалистически относиться как к себе, так и к внешней реальности».

Нередко зависимая личность «реализует» себя в психосоматических заболеваниях. Причем предиспозиция болезни связана с особым стилем взаимоотношений с матерью, с т. н. симбиотической связью, когда у человека не формируется способность к независимому автономному функционированию. Он постоянно нуждается в г. н. self-объектах для обеспечения психологической и физиологической регуляции. «Психосоматическая мать» описывается как авторитарная, открыто тревожная и враждебная. Отец, неспособный противостоять доминантной матери, находится на периферии (Холмогорова, 1994).

Известно, что многие люди неспособны отвечать требованиям «цивилизации», а это влечет за собой появление регрессивных механизмов защиты, формой которых может

быть оральное поведение (по Фрейду, 1990). Еда и питие в данном случае несут в себе не только физиологическую, но и психологическую функцию — получение любви, защиты и безопасности. В частности, конфликт, описанный Ф. Александером (Alexander, 1999), указывает на то, что «инфантильные желания зависимости имеют здесь специфическое содержание — получить путем пассивного питания любовь и внимание — побуждения, которые вступают в конфликт с возросшим "Я"».

Типичным проявлением орального поведения считаются расстройства питания, в частности нервная анорексия. Часто анорексия интерпретируется как «бегство от женственности», зашита от страхов беременности. Но это также попытка защиты от взросления в целом «перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых». Женщины с анорексией часто не готовы к своей зрелости. Больше, чем другие девочки, они переживают физическое созревание как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя.

При ожирении часто наблюдается «оральная избалованность»: матери проявляют гиперопеку, а еда становится выражением чувства вины, возникающего вследствие отсутствия проявлений любви. В связи с подобным воспитанием у ребенка формируются защитные тенденции, выраженная зависимость от матери. Эмоциональный холод, который испытывают дети, учит компенсировать недостаток или отсутствие любви при помощи приема пищи, что даже приветствуется родителями. Как правило, компенсацией служат сладости, которые известны ребенку с детства в качестве «награды», «приманки» или проявления лести.

С описанием инфантильных черт можно столкнуться даже при трактовке несчастных случаев, что может иметь косвенное отношение к пониманию, в частности, наркоманического зависимого поведения. Считается (Alexander, 1999), что несчастный случай является бессознательной формой самонаказания. Р. Ратнер (Rattner, 1987) отмечает, что «влечение к несчастным случаям — это драматическая форма бегства от обязательств и ответственности». Если обратиться к употреблению наркотических веществ, то можно констатировать, что имеются сходные объяснения зависимости от них.

Многие исследователи отождествляют понятия «инфантильная» и «истерическая» личность. Эти понятия, безусловно, очень близки, но в то же время они требуют разграничения, поскольку клиническая практика доказывает, что инфантильная личность отнюдь не всегда обладает истерическими характеристиками. По О. Кернбергу (1992) истерическая личность — это т. н. «сценическая личность». В отличие от истерической, инфантильной личности присущи диффузная эмоциональная лабильность, недифференцированные отношения с другими и поверхностность эмоций. Кернберг считает, что истерическая личность в целом является зрелой, инфантильная же личность «чрезмерно идентифицирует себя с другими и проецирует на них свои нереалистичные фантазии и намерения». Инфантильная личность демонстрирует детскую «прилипчивость» во всем, а не только в сексуальной сфере, причем детская зависимость нужна ей сама по себе, а не как защита против взрослых сексуальных отношений.

Инфантильные черты можно наблюдать у нарциссической личности. Выделяют следующие формы нарциссизма: нормальный взрослый, нормальный инфантильный и патологический нарциссизм. При нормальном взрослом нарциссизме существует нормальная структура «Я», при нормальном инфантильном нарциссизме структура «Я» также нормальна, хотя во многом инфантильна и может приводить к регрессии. Для патологического же нарциссизма характерна «ненормальная» структура «Я». Один из типов патологического нарциссизма — это нарциссическая личность в собственном смысле слова. Для этого типа характерно наличие у пациента «патологического гранди-

озного «Я», причем в некоторых ситуациях на поверхностном уровне это расстройств почти незаметно. Основные особенности данной личности — во многом инфантильные черты: частые разговоры о себе, чрезмерная потребность в любви и восхищении окружающих, противоречие между «раздутым» «Я» и чувством неполноценности, определенная внешняя зависимость от окружающих, примитивные защитные механизмы. Довольно часто во взаимоотношениях с другими людьми личности данного типа «играют роль эксплуататоров или паразитов», а за внешней обаятельностью и заинтересованностью на самом деле скрываются холодность и жестокость. Инфантильным личностям свойственны «сильная зависимость и тенденция прилипать к людям», пациенты со злокачественным нарциссизмом в основном холодны и отчужденны. Оба типа имеют склонность к суицидальному поведению, но причины, его вызывающие, различны: у пациентов с нарциссизмом — это угроза их «патологической грандиозности» и в связи с этим ощущение унижения или краха; у пациентов с инфантильной личностью — желание пробудить в окружающих чувство вины и установить таким образом контроль над средой. Риск суицидального поведения увеличивается и тех случаях, когда инфантильные черты сочетаются с депрессивно-мазохистскими. Кроме того, оба типа склонны к развитию алкоголизма и наркомании, и в этом случае риск суицидального поведения становится еще выше.

Начало изучения психического инфантилизма связывают с рассмотрением инфантилизма как задержки формирования личности на ступени, не соответствующей реальному возрасту (Laseque, 1992). В качестве причин инфантилизма назывались сифилис, инфекции, плохие условия жизни. На роль сифилиса, туберкулеза, алкоголизма и эндокринных расстройств указывал также Э. Крепелин (1994). Говоря об инфантилизме, большинство исследователей подразумевало психофизический инфантилизм в современном понимании, особенно на формирование такого взгляда на эту проблему повлияли работы, посвященные дегенерации (Morel, 1886). Кроме того, предполагалось наличие интеллектуального недоразвития, хотя некоторые ученые рассматривали инфантилизм и у интеллектуально полноценных лиц. Отмечалось (Sanctis, 1992), что у ребенка в любом возрасте может возникнуть инфантилизм, который он называл «психическим». Описывая пациентов с психической незрелостью, он подчеркивал, что одни из них выглядят торпидными, другие — гиперактивными, с лабильным, неустойчивым настроением. При хороших интеллектуальных способностях они плохо успевают в гимназии. Одни пациенты отличаются робостью, застенчивостью, мнительностью, другие — тщеславием, стремлением выделиться. И те и другие склонны к подражанию, коллекционированию различных предметов, поверхностности суждений, раздражительности; однако они быстро успокаиваются, слезы легко сменяются смехом. Выделяли (Gaspero, 1987) два вида психического инфантилизма: 1) mental — когда имеются истинные признаки интеллекта; 2) инфантильные «вкрапления» в интеллектуальную сферу взрослых. Первый тип был образно назван «созревшие дети и почти незрелые взрослые», второй — «наполовину взрослые и наполовину дети».

Многие авторы, изучавшие роль инфантилизма в происхождении психических расстройств, алкоголизма и наркомании, широко использовали термины «детскость», «детский», «наивный», но не приводили объяснений того, что под ними подразумевалось. Попытка трактовки термина «детскость» была предпринята еще в 1940-х гг. (Lindberg, 1938). Он описал пять типологических групп, которые относятся к *характеристике зависимых личностей:*

1) детская логика и несовершенство мышления, тенденция к «игровому» поведению, «ложное» чувство стыда;

2) повышенная внушаемость, импульсивность, стремление к подражанию, эгоцентризм, слабость волевых установок, легкая отвлекаемость, лабильность настроения, непреодолимое влечение к удовольствиям, живое воображение;

3) стеснительность, робость, неуверенность, склонность к скрупулезности, повышенная истощаемость, навязчивости;

4) добродушие, наивность, снижение внимания и усидчивости;

5) повышенное любопытство, тенденция к непродуманным и своеобразным действиям, сексуальные перверсии, склонность к коллекционированию и накопительству, клептомания.

Традиционно в психиатрии представление, что психический инфантилизм служит базой психопатии (личностных расстройств). Основополагающими считаются работы Э. Кречмера (1956), который указывал, что психический инфантилизм — неизменная конституциональная особенность, свойственная всем психопатам. Вследствие психического инфантилизма и формируется психопатия. Подобный инфантилизм носит тотальный характер и охватывает в первую очередь эмоционально-волевую сферу. Кречмер также выделял парциальный инфантилизм — ювенилизм, когда происходит «асинхрония» развития, далеко не всегда приводящая к нарушениям адаптации. Кроме того, Кречмер показал, что 40-50% пациентов с неврозами имеют задержку психического развития, а также некоторые симптомы генитальной гипоплазии и физического недоразвития. Подобный фон может также служить базой для развития психосоматических заболеваний, депрессий, алкоголизма. Э. Крепелин (1994) считал, что психопатия — результат парциальной задержки развития («истерия периода созревания») — проходит к 25 годам. Заметим, что подавляющее большинство наркоманов обретают зависимость от наркотиков в возрасте от 12 до 17 лет. В более старшем возрасте риск формирования наркотической зависимости резко снижается.

Многие исследователи пытались выделить улице психопатией инфантильные черты: П. Б. Ганнушкин (1933) писал о «чрезмерно развитой фантазии, эмоциональной неустойчивости, некритичности мышления». С. Суханов (1960) отмечал капризность, демонстративность, эгоизм. Ф. Е. Рыбаков (1964) привел случай «pseudologia fantastica infantilis», Т. И. Юдин (1940) указывал на то, что истерические реакции возникают только у лиц, остановившихся на инфантильной ступени развития. По мнению М. О. Гуревича (1936), в основе истерии лежит своеобразное недоразвитие. Указывалось также (Lindberg, 1976) на связь между инфантилизмом и невропатиями. Важно, что инфантилизм — не болезнь, а одна из «форм душевной слабости». Кроме того, этот автор отрицательно относился к монокаузалистическому принципу выделения психического инфантилизма. Он считал, что при благоприятном влиянии внешней среды часть инфантильных лиц «дозревает»; там же, где нет такого благотворного влияния, они становятся психопатами.

В более поздних работах, как правило, изучались особенности психического инфантилизма при психопатиях. Л. О. Чахкиева (1978) описала особенности психического инфантилизма в картине психопатий истероидного, аффективно-неустойчивого и тормозимого круга. В группе истероидных психопатов выделили две подгруппы: сенситивные и эксплозивные истероиды. Для «сенситивных» истероидов были характерны болтливость, наивные мечтания, доверчивость, в дальнейшем характер проявлений становился более сложным. Автор считает, что у «сенситивных» истероидов имеется истинная инфантильность. «Эксплозивные» истероиды чаще обнаруживали такие черты, как возбудимость, лживость, манерность. Среди психопатов аффективно-неустойчивого типа было отмечено уменьшение выраженности инфантильных проявлений за счет усиления раздражительности и возбудимости. Инфантильность в данной группе проявлялась в виде

беспечности, легкомыслия, внушаемости, недостаточности моральных и нравственных переживаний или даже в их отсутствии. Для лиц с тормозимой психопатией были характерны астения, слабость побудительных мотивов, беспомощность, беззащитность, неуверенность и прямолинейность в отношениях с людьми. Как правило, они имели хрупкое телосложение, пониженное питание, дефицит веса, незрелость в двигательной сфере, диэнцефальные расстройства. Вероятно, можно предположить, что в этой группе мы имеем дело с психофизическим инфантилизмом. Автор указывает, что инфантилизм может проявляться во всех психических сферах, но наиболее яркими и стабильными оказываются инфантильные особенности личности. Важный вывод автора сводится к тому, что инфантилизм и проявления психопатии — не всегда равнозначные или связанные прямой зависимостью понятия. При различных видах психопатий инфантилизм может рассматриваться как «синдромологическое ядро» (сенситивные истероиды), как результат и одновременно механизм становления патологической личности (эксплозивные истероиды) или как «добавочный» фактор (возбудимые и тормозимые психопатии). Таким образом, очевидно, что в формировании инфантилизма могут участвовать различные факторы: неправильное воспитание, наследственность, церебрально-органические и ситуационные факторы.

О разграничении понятий инфантилизма и психопатий писали В. Я. Гиндикин и В. А. Гурьева (1980). Сама структура инфантилизма при психопатии иная: незрелость носит парциальный характер и отличается дисгармонией. Кроме того, эти авторы считают, что при инфантилизме отсутствует соответствующая динамика становления патологии личности. В работе Г. Н. Пономарева (1992) была сделана попытка комплексного изучения психофизического инфантилизма и выявления различных корреляций. По результатам исследования, в зависимости от действия этиологических и патогенетических факторов, были выделены три «генетические» подгруппы: ядерная, органическая и краевая. Во всех группах наблюдались такие проявления психического инфантилизма, как внушаемость, подражательность, задержка формирования чувства долга, ответственности, критической самооценки. В зависимости от синдрома психофизического инфантилизма были выделены два клинических варианта истерической психопатии: «истерические фантасты» и «тормозимые истероиды». Для «истерических фантастов» были характерны «жажда признания», эгоизм, склонность к ярко выраженному самоутверждению. «Тормозимые истероиды» — более эмоционально примитивные, неуверенные в себе, склонные к псевдологии, «бегству в болезнь». Для всех лиц был типичным низкий уровень социальной адаптации, ранняя алкоголизация, антисоциальное поведение. Автор выделяет следующие основные показатели глубины психической незрелости подростка:

1) патологическая внушаемость и подражательность;
2) резкая слабость высших форм волевых функций;
3) легкость включения в любую деятельность без продуманности и борьбы мотивов;
4) неспособность к активной и целенаправленной деятельности;
5) неумение соотносить свои поступки с реальной обстановкой;
6) недостаточность критики как к собственному состоянию, так и к сложным взаимоотношениям окружающей действительности.

Анализ уровня физического развития позволил выявить отчетливую дисгармонию соматополового созревания: слабое развитие грудной клетки, слабую выраженность вторичных половых признаков, задержку полового созревания, неравномерность антропометрических показателей, С помощью методики Векслерабыли обнаружены признаки неравномерного, дисгармонического развития интеллектуальных функций. Результаты исследования по методике уровня притязаний подтвердили данные о том, что психо-

патические лица ставят себе, как правило, более сложные задачи, чем те, с которыми справляются. Показатели самооценки оказались резко полярными: наиболее высокими были показатели относительно «ума и характера», а наиболее низкими — показатели «счастья». Изучение показало, что для всех лиц типичной явилась система ценностей, указывающая на предельный индивидуализм, эгоистические социальные установки. Автор отмечает, что имеется прямо пропорциональная связь между глубиной личностной патологии, выраженностью психофизического инфантилизма и уровнем социальной адаптации; следовательно, по выраженности инфантилизма можно судить о тяжести истерических личностных расстройств.

В. Е. Житловский(1993)обследовал 96 подростков 14-16 лете нарушениями повеления, проявляющимися в социальной дезадаптации, но не достигающей уровня противоправных нарушений (побеги из дома, срывы школьных занятий, конфликты и пр.). У всех обследованных обнаружились признаки инфантилизма: неустойчивость интересов, эмоциональная лабильность, пассивная подчиняемость, конформность, нецеленаправленность, жестокость. Автор выделил три группы: 1) психофизический инфантилизм; 2) дисгармонический инфантилизм; 3) органический инфантилизм. В 1 -й и 3-й группах признаки незрелости обнаруживались в эмоционально-волевой сфере: склонность к фантазированию, моторная расторможенность. внушаемость, эйфоричность, беззаботность. Во 2-й группе отмечались явные психопатоподобные симптомы: взрывчатость, конфликтность, грубость, нетерпимость и т. д.

А. Е. Личко (1983) при обследовании подростков с помощью патохарактерологического диагностического опросника обнаружил у них следующие явления психического инфантилизма: снижение в сфере мотивации, интересов, чувства ответственности, долга, умения учитывать желания других людей, т. е. у обследуемых отмечалось нарушение системы отношений личности.

На протяжении всего периода изучения психического инфантилизма многими исследователями предпринимались попытки объяснения его этиологии и патогенеза с позиций нарушения физического и соматического развития, а также эндокринных расстройств. В частности, во французской психиатрии большинство авторов рассматривали инфантилизм как проявление грубых форм недоразвития психики и моторики, преимущественно эндокринной природы. Предлагалось (Hyrsch, 1992) выделять формы недоразвития, являющиеся следствием вырождения и заболеваний желез внутренней секреции («частный» инфантилизм). Карликовый рост и недостаточность функции печени и почек он непосредственно связывал с торможением роста, деформацией костей и незрелостью психики. Был описан (Leonhard, 1988) «сексопатический» инфантилизм, близкий к психосексуальному инфантилизму. Н. И. Молчанов, Г. Цондек (1993) выделяли «чисто эндокринные» формы инфантилизма. M. Trainer (1980) употреблял термин «инфантилизм» только по отношению к лицам малого роста с диспластичностью. Инфантилизмом он называет физическое недоразвитие, определяемое только с пубертатного возраста, парволизмом — еще более выраженное недоразвитие, определяемое со школьного периода, и парволоизмом — резкое недоразвитие, заметное с дошкольного возраста. М. Я. Серейский и Е. Н. Крылова (1978) отмечали особенности детской психики при гипогенитализме (зависимость, наивность, повышенная внушаемость и т. д.). Как указывал М. И. Буянов (1988), несмотря на большое количество работ в этой области, связь между этими явлениями остается малоизученной: неясно, сопровождает ли эндокринная недостаточность все виды инфантилизма либо только определенные формы.

Предпринимались попытки изучения гормональных и биохимических корреляций при инфантилизме у подростков. В. Е. Житловский (1992) исследовал подростков с нару-

шениями психофизического развития. У всех обследованных имелись нарушения поведения. Как правило, при задержке развития отмечались эйфория, отсутствие чувства дистанции, эмоциональная живость, фантазирование, шалости, беспечность и пр. Были обнаружены нарушения липидного обмена в виде повышения уровня эфиров холестерина, триглицеридов, фосфолипидов. А. А. Александров и Е. М. Стабровский (1990) при обследовании подростков с нарушениями развития обнаружили снижение уровня тестостерона и отсутствие вторичных половых признаков. Все обследованные были склонны к девиантному поведению.

Было введено (Dupre, 1977) понятие «моторная дебильность», под которым подразумевался комплекс симптомов: паратонию, усиление сухожильных рефлексов, синкинезии, снижение моторной и эмоциональной активности. Описан также (Homburger, 1980) «моторный инфантилизм» — замедление двигательного развития, симптом Моро, преобладание сгибательных синергии при хватании, сгибательное положение рук, запаздывание сидения и хождения, слабость мускулатуры головы и шеи, атетозные движения и пр.). М. О. Гуревич (1936) считает, что «инфантильно-гранильный» тип телосложения часто коррелируете психическим инфантилизмом.

М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский (1978) рассматривали некоторые варианты инфантилизма как атипичную форму олигофрении. Ряд исследователей указывали на наличие психического инфантилизма у детей и подростков с явлениями органического поражения головного мозга. Ю. А. Малинкина (1992) отмечала, что тотальный психофизический инфантилизм наблюдается чаще всего у лиц с выраженными остаточными явлениями органического поражения ЦНС, а парциальный психический инфантилизм — при психопатиях. При обследовании неуспевающих школьников с явлениями раннего органического поражения головного мозга М. С. Певзнер (1980) указывал, что затруднения в обучении у этих детей связаны с недоразвитием личностного компонента. При сохранности интеллектуальных предпосылок у них недоразвиты более сложные формы мышления, необходимые для удержания цели, умения сличать проделанное действие с предстоящим. Автор делает предположение, что недоразвитие эмоционально-волевой сферы, лежащее в основе инфантилизма, соотносится с недоразвитием лобных систем, наиболее поздно формирующихся в онтогенезе. Такая гипотеза обусловливает необходимость более отчетливого выявления этого вида патологии к началу школьного возраста, когда у своевременно развивающегося ребенка происходит перестройка психических функций; память, внимание, моторика, мышление в целом становятся произвольными и осознанными (Л. С. Выготский).

М. Г. Рейдибойм(1991) обследовал 95 учащихся, неуспевающих в массовой школе, и 67 взрослых, у которых этот диагноз был поставлен в детстве. У 54 детей были обнаружены признаки инфантилизма, у 18 детей — только незрелость эмоционально-волевой сферы (они были наиболее «благополучными»), у 26 детей инфантилизм сочетался с признаками органической церебральной недостаточности, 10 детей имели т. н. осложненный инфантилизм с интеллектуальной недостаточностью[1]. Из 54 взрослых у 15 сохранились инфантильные черты, у 12 — церебральные явления, у 9 — невротические черты, 11 пациентам был поставлен диагноз «олигофрения». Автор делает вывод о том, что часто инфантильные черты «маскируют» недостаточность интеллекта.

Е. И. Сулимовская (1994) провела психологическую диагностику инфантилизма у подростков. Были выделены три группы: 1) с минимальными явлениями органического

[1] В ряде случаев диагноз был комплексным и включал несколько из описанных нарушений

поражения головного мозга; 2) с остаточными явлениями органического поражения ЦНС и признаками инфантилизма; 3) с ведущим синдромом органического психофизического инфантилизма. Исследовались особенности познавательной деятельности, динамические особенности психических процессов, субъективные и объективные личностные характеристики. В 1-й группе отмечались достаточные организация и функционирование психических процессов, во 2-й — пониженный уровень когнитивных процессов, поведенческие формы подростковой активности. В 3-й группе обнаружились самые грубые расстройства: утомляемость, неустойчивость внимания, использование конкретно-ситуационных свойств, невысокие вербальные интеллектуальные личностные особенности. Таким образом, у обследованных отмечалась определенная «дефектность» — недостаточная организация и контроль деятельности.

Совершенно отдельной и своеобразной является точка зрения М. Е. Сандомирского (1991) о т. н. «искусственных сенситивных периодах» — особых функциональных состояниях, возвращающих мозг к ранним этапам его онтогенеза. Подобный «возврат» очевидным образом влияет на эффективность усвоения новой информации, активизируя «раннюю установку на обучение». По мнению автора, причина кроется в том, что человек, находящийся в соответствующем функциональном состоянии, воспринимает поступающую информацию как ребенок раннего возраста, сталкивающийся с ней впервые в жизни. Как показано в теории информации, чем выше вероятность некоторого события, тем меньшую информацию оно несет. Можно видеть, что в процессе онтогенеза по мере расширения объема знаний и жизненного опыта ребенка проявляется в целом тенденция к оценке новых событий как высоковероятных/малоинформативных, соответственно, уменьшается эффективность запоминания и восприятия за счет формирования т. н. перцептивных фильтров. Биологический смысл сенситивности заключается в следующем: если событие оценивается как статистически редкое, то, соответственно, информация об этом событии представляет несомненную ценность для адаптации индивида и подлежит сохранению. Как считает автор, в процессе онтогенеза происходит постепенное повышение значимости роли системы фронтального неокортекса в обработке внешней информации, связанное с морфофункциональным созреванием данного участка мозга. Изменения сенситивности соотносятся с переходом от преобладания правополушарной активности, что влияет на «завышение» прогнозируемой частоты маловероятных событий, к левополушарному доминированию. По мнению автора, учет закономерностей формирования искусственных сенситивных периодов может найти свое применение в педагогике для повышения эффективности обучения, а также в психотерапии. Можно сказать, что работа Сандомирского проливает свет на некоторые психо- и нейрофизиологические механизмы инфантилизма и открывает новые перспективы для изучения этого явления.

Ниже рассматриваются основополагающие признаки инфантилизма и сущностные характеристики зависимой личности, имеющие большое значение для понимания особенностей аддиктивной личности.

4.1.1. Внушаемость и подражательность

Зависимой личности в высшей степени присуща внушаемость как личностная черта, свойство. Под внушаемостью понимается легкость усвоения человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний, установок, оценок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица (лиц) без критического осмысления реальности и стремления противосто-

ять этому воздействию. Считается, что при этом многое из происходящего принимается на веру, глубоко не анализируется и не подвергается пристрастному осмыслению. В. М. Бехтерев (1990) полагал, что внушение входит в сознание человека не с «парадного входа, а как бы с заднего крыльца», минуя сторожа— критику.

Личность, склонная к формированию зависимого поведения, оказывается *некритичной,* часто *легковерной,* податливой групповому воздействию, авторитарному управлению. Такой человек вырабатывает стереотип поведения не в соответствии с убеждениями и разъяснениями окружающих, не исходя из собственных рациональных суждений и умозаключений, а в обход их. Помимо этого, характерными для такого человека становятся подчиняемость, нацеленность на снятие с себя и передачу другому ответ-, ственности за поведение, решение жизненных вопросов и планирование будущего. Внушаемый подросток безоговорочно верит в правильность поступков и советов того, кто им руководит.

Как правило, зависимость, инфантильность и внушаемость как качества зависимой личности прекрасно сосуществуют и «гармонируют». Многие подростки, вовлекаемые сверстниками в процесс употребления алкоголя, наркотических или токсичных веществ, идут на это без осознания сути происходящего, некритично. Они легко подвергаются воздействию извне. Их не составляет труда «убедить», что вред от употребления этих веществ — «мнимый», что легкие наркотики якобы не вызывают зависимости. Помимо этого, по механизмам самовнушения они способны быстро «уговорить себя», что «это — последняя сигарета, последняя рюмка или последняя доза». В такую минуту они стопроцентно убеждены в правильности собственного умозаключения. Можно утверждать, что зависимая личность *склонна обманываться,* подпадать под влияние окружающих, подчиняться, искать тех, кто способен ей внушить что-либо и руководить ею.

Особую роль внушаемость играет в формировании групповых форм девиантного поведения, например, в становлении религиозного, спортивного или музыкального фанатизма. Пример людей, уже являющихся зависимыми, оказывается заразительным. В целом же внушаемость можно обозначить как *«психическую заразительность»,* индуцированность, склонность к имитационному и подражательному поведению.

Подражательностью (имитационностью) называют индивидуально-психологическое свойство, проявляющееся в готовности делать что-либо в соответствии с каким-нибудь образцом, в старании воспроизводить то, что делается другими. Подросток в силу возрастных психологических особенностей склонен к подражательному поведению, что является потенциально опасным в плане формирования личностных черт зависимости.

По данным Л. Шертока (1988), внушаемость и гипнабельность тесно связаны с чертами личности. Оказалось, что наиболее поддаются внушению и гипнотическому воздействию лица, у которых по результатам теста Кеттелла выявляются отклонения по факторам А и Е. Как это ни парадоксально, более внушаемыми оказываются люди открытые и властные, а не скромные или застенчивые.

Наши (В. Д. Менделевич, И. Р. Хусаинова) исследования 24 наркозависимых мужчин разного возраста (выборка 1 —от 27 до 30 лет, выборка 2 — от 18 до 22 лет) позволили выявить иные типичные личностные качества наркоманов с повышенным уровнем внушаемости. На основании использования 16-факторного опросника изучения личности Р. Кеггелла с оценкой интеллектуальных (В, М, Q), эмоционально-волевых (С, G, I, О, Q, Q3.Q4) и коммуникативных особенностей (А, Н, Е, N, Q2, Ь)были получены следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели 16-факторного опросника

Фактор	A	B	C	E	F	O	H	I	L	M	N	O	**Q,**	**Q,**	**Q,**	**Q,**	MD
1-я выборка	4,8	5,2	4,3	4,2	7,0	4,8	5,9	5,0	3,3	7,5	5,2	5,6	7,5	4.7	5,5	5,8	4,2
2-я выборка	5,1	5,6	3.9	4,7	5,5	6,2	5,9	5,5	3,7	7.3	4,2	4,4	5,8	4.2	6.6	6.4	5.7

В результате проведенного исследования в обеих выборках выделялись низкие значения по фактору L «доверчивость — подозрительность», что демонстрировало такие характеристики обследованных, как откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к окружающим людям, открытость и непосредственность. Помимо этого, в 1-й выборке были обнаружены высокие показатели по фактору F «сдержанность — экспрессивность», что отражало эмоциональную окрашенность и динамичность общения. То есть испытуемым от 17 до 30 лет была наиболее присуща активность, бодрость, беспечность. Отмечалось повышение показателей по фактору M «практичность — развитое воображение», а также по фактору QI «консерватизм — радикализм», характеризовавшему испытуемых как лице повышенными интеллектуальными интересами, склонностью к экспериментированию.

Во 2-й выборке обнаруживались высокие значении по фактору M «практичность — развитое воображение», что указывало на развитое воображение, ориентированность на внутренний мир, обладание высоким уровнем творческого потенциала, а также низкие значения по фактору C «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость», отражавшие низкую толерантность по отношению к фрустрации, подверженность чувствам, переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения.

4.1.2. Прогностическая некомпетентность

Одной из важных характеристик зависимой личности считается неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать будущее. Известно, что для людей с личностными расстройствами и девиациями типично прямое следование случайно возникшей ситуации под непосредственным влиянием внешних условий, без учета соответствующего вероятностного прогноза. Они обычно опираются на короткий ряд предшествующих последовательностей (Гульдан, Иванников, 1978). В определенных ситуациях у таких людей может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности, отсутствие, несмотря на печальный жизненный опыт, какого-либо понимания своей недостаточности. Эта недостаточность обнаруживается не в связи с утратой знаний, снижением способности к усвоению нового, а из-за отсутствия должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного.

В соответствии с результатами наших (Менделевич, 2003) исследований в структуру гармоничной личности входит *антиципационная состоятельность {прогностическая' компетентность).* Под этим свойством понимается способность предвосхищать будущее, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поступки. У гармоничной личности преобладает нормовариантный тип вероятностного прогнозирова-

ния, у зависимой — моновариантный. Последний характеризуется нацеленностью лишь на один-единственный субъективный значимый прогноз развития событий при игнорировании всех иных.

Индивид с зависимыми формами поведения, как правило, либо не склонен прогнозировать и планировать собственное будущее, либо ориентирован лишь на успех — положительный для него исход событий. Так, наркозависимый живет сегодняшним днем, минутой. Его не страшит состояние, которое может развиться после употребления наркотика. Его ничему не учит прошлый (собственный или чужой) опыт. Он не способен или не желает в полном объеме представить свое будущее.

Исследования (Менделевич, Брагина, Узелевская, Боев, 2001) 63 человек (31 подросток с наркотической и 32 — с алкогольной зависимостями) с помощью модифицированного варианта теста фрустрационной толерантности Розенцвейга и теста антиципационной состоятельности, а также с применением для оценки психофизиологических особенностей испытуемых для теста на анализ реакций на движущийся объект РДО (без пропадания и с пропаданием движущейся метки) дали следующие результаты (табл. 4).

Таблица 4

Усредненные значения по тесту антиципационной состоятельности и по методике РДО

	Антиципационная состоятельность РДО					
	личностно-ситуатнвная	простран-ственная	временная	У, %	без пропад. дсм	с пропад. дсм
Норма-контроль	**174,1**	53,5	41,9	66,5	45,4	81.9
Лица с наркочависимостью	163.5	39.5	35,4	58.3	74,5	142.2
Лица с алкогольной зависимостью	153,8	41.6	36,3	57,2	61,3	200,6

Как видно из приведенных в табл. 4 данных, у обследованных с наркотической и алкогольной зависимостями отмечалось снижение показателей по всем составляющим антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) по сравнению с контролем. Наиболее выраженные отличия регистрировались по личностно-ситуативной и пространственной составляющим, что указывало на снижение способностей зависимых от психоактивных веществ людей прогнозировать поведение окружающих и собственные поступки, а также на нарушение временно-пространственного упреждения. Последний факт был подтвержден с помощью методики РДО.

4.1.3. Ригидность и упрямство

Еще одна характеристика зависимой личности — ригидность, под которой понимается негибкость, тугоподвижность всей психической деятельности и, в частности, установок, экспектаций (ожиданий), стилей поведения, осмысления действительности. По мнению Г. В. Залевского(1980), психическая ригидность включает в себя склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения и неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т. п.

Ригидность — трудность, с которой изменяются установившиеся навыки (habits) перед лицом новых требований (по Р. Кеттеллу). X. Инглиши А. Инглиш(1988)определя-

ют ригидность как привязанность к ставшему неадекватным способу действия и восприятия или относительную неспособность изменить действие или отношение, когда этого требуют объективные условия.

В психологии ригидность понимается как неспособность личности изменять свое поведение в соответствии с изменением ситуации, как приверженность одному и тому же образу действия, несмотря на то что внешние условия стали другими. Ригидность предполагает и застреваемость аффекта, фиксацию на однообразных объектах, неизменность их эмоциональной значимости. Ригидность часто соотносится с подозрительностью, злопамятностью, повышенной чувствительностью в межличностных отношениях.

Ригидность тесно связана с тревожностью, и именно их взаимодействие приобретает значительную стимулирующую силу. Нередко ригидность имеет связь с ревностью. По наблюдениям Ф. Б. Березина (1994), сочетание присущей ригидным личностям сенситивности, восприимчивости с тенденцией к самоутверждению порождает подозрительность, критическое или презрительное отношение к окружающим, упрямство, а нередко и агрессивность. Лица такого типа честолюбивы и руководствуются твердым намерением быть лучше и умнее других, а в групповой деятельности стремятся к лидерству. Подобные стремления, по мнению Л. М. Балабановой (1992), встречаются у психопатических личностей, возглавляющих преступные группы.

Можно предположить, что застреваемость аффекта, аффективная окраска окружающего мира в значительной степени обусловлена тревожностью как личностной чертой.

Подозрительность ригидных личностей, как правило, отражает неблагоприятные ожидания, тревогу, боязнь отторжения от микросоциального окружения. Аффективные насильственные действия поэтому часто носят характер психологической защиты от действительного, а скорее мнимого недоброжелательного, враждебного отношения.

К аналогичным выводам приходят многие авторы. Так, Г. В. Залевский(1980) считает, что для ригидных личностей характерны тревога и чувство вины, беспокойство, навязчивые сомнения, подавленное жесткое суперэго, недоверчивость, чувство неполноценности. Вместе с тем он отмечает и такие черты ригидной личности, как отчуждение и социальная изолированность. Отчуждение и социальная изолированность, свойственная ригидным лицам, особенно часто наблюдается у преступников с психическими аномалиями.

Ригидные лица, проявляя стойкую приверженность к определенным способам проведения, тем самым осложняют общение, что приводит к развитию дезадаптации. У людей с психическими аномалиями ригидность приводит к еще более тяжким последствиям, т. к. набор субъективных возможностей к адаптации у них в целом хуже и беднее. Многие из них активно отталкиваются средой, что во многом детерминирует проявления противоправных действий с их стороны.

Связь проблемы ригидности и психических состояний с наибольшей отчетливостью выступает при анализе эмоциональной напряженности или стресса. Изучение стресса получило физиологическое обоснование в учениях У. Кеннона (1970) о гомеостазе и Г. Селье (1988) об «общем адаптационном синдроме», т. е. о своеобразной, защитной по своему характеру реакции организма, мобилизующего свои ресурсы (прежде всего эндокринные) в ответ на сильные и травмирующие (сверхсильные) внешние воздействия, будь то физические или нервно-психические эмоциональные перегрузки.

В случае стрессовых состояний имеют место физиологические и психологические изменения. При не очень сильном и длительном стрессе физиологические изменения

могут почти не проявиться внешне или просто не поддаться регистрации, тогда приходится прибегать к анализу более тонких и своеобразных изменений поведения. М. С. Роговин (1970) указывает, что к их числу относятся в первую очередь затруднения в осуществлении функций, требующих сознательного контроля и связанных с направленностью мышления на решение той или иной задачи. При этом наблюдаются трудности в распределении и переключении внимания. В то же самое время навыки, заученные и автоматизированные формы поведения не только тормозятся, но и могут даже против воли человека заменять собой сознательно направленные действия. В связи с этим автор приводит очень интересный пример: мать, взволнованная внезапным заболеванием ребенка, никак не может дозвониться врачу, т. к. многократно ошибочно набирает номер собственного телефона. Здесь же указывается, что помимо торможения некоторых сторон сознательной деятельности при стрессе возможны и ошибки восприятия, памяти, неадекватные реакции на неожиданные раздражители, сужение объема внимания, ошибки в распределении длительности интервалов времени и т. д.

При исключительной многоплановости этой темы (Роговин, 1962, 1963; Наенко, Овчинникова, 1967; Пунк, 1969), по существу, все исследователи сходятся в том, что отличительной особенностью поведения в ситуации напряженности является его негибкость. Поведение утрачивает пластичность, свойственную ему в нейтральной обстановке. Как показывают опыты, при прочих равных условиях в состоянии напряженности в первую очередь страдают сложные движения, что не только нарушает деятельность, но и может привести к ее срыву. Это было показано еше Дж. Гамильтоном и И. Кречевским(1933): при стрессе поведение человека в значительной степени утрачивает свойство пластичности и характеризуется преобладанием стереотипии. Известно также, что при очень высоких степенях этой напряженности отмеченное сужение диапазона действий (реализующееся в крайних формах как возбуждения, так и торможения) может достигать уровня патологии.

В структуре зависимого поведения нередко ригидность лежит в основе компульсивности — краеугольного камня любой аддикции. Зависимой личности свойственны устойчивые и неизменные принципы в повышенно значимых областях жизни. Следование ритуалам и шаблонам становится для таких людей необходимостью и доставляет радость. К примеру, спортивные фаны испытывают удовольствие от навязанного группой однообразия стиля в одежде, манерах, речевых оборотах. Кроме того, ригидность является оборотной стороной целеустремленности, которую, в свою очередь, можно считать инструментом для реализации зависимости. Ведь без целеустремленности (пусть и носящей гедонистический девиантный характер) невозможно представить формирование аддикции. Можно предположить, что ригидность является базовой психологической характеристикой расстройств зависимого поведения. Именно ригидность способна цементировать патологический паттерн аддиктивного поведения, создать одно из основных качеств зависимости — непреодолимость влечения к совершению девиантного поступка, сопровождающегося эмоциональной разрядкой.

Многие исследователи (Ткаченко, 1999; Шабанов, Штакельберг, 2000; Бухановский, 2001 и др.) обнаруживают в преморбиде лиц с зависимыми формами поведения эпилептоидную акцентуацию характера, выделяя как значимые торпидность, ригидность психических процессов и сравнивая процесс реализация аддикции с разрядом эпилептической активности в форме дисфории. Наши исследования подтверждают значимость психической ригидности для становления зависимостей как от психоактивных веществ, так и от пищи, сексуальных фетишей, игр.

4.1.4. Наивность, простодушие и чувственная непосредственность

В структуру зависимой личности входят характеристики наивности, простодушия, непосредственности — базовые для формирования свойств внушаемости. Под *наивностью* понимается неопытность и неосведомленность. Подросток, склонный к наркозависимости, часто не имеет всей полноты правдивой информации о том, каковы реальные последствия употребления наркотических веществ. Его представления об этом носят детский, непосредственный характер. Он часто склонен удивляться, обижаться и разочаровываться в силу отсутствия точного понятия о реальности. *Простодушие* — это бесхитростность, неточное понимание смысла поступков окружающих, излишняя доверчивость. Такой человек часто попадает впросак из-за слишком непосредственного, инфантильного взгляда на жизнь. Под влиянием сформировавшегося зависимого поведения его простодушие оборачивается противоположной стороной — лживостью.

4.1.5. Любопытство и поисковая активность

Известно, что в подавляющем большинстве случаев мотивом употребления психоактивных веществ и формирования впоследствии зависимого поведения становится любопытство. *Любопытство* — это стремление узнать, увидеть что-нибудь новое, непознанное, неизвестное. Если любопытство носит социально одобряемый характер, то оно обозначается как *любознательность, пытливость* и характеризуется склонностью к приобретению новых знаний, интересом к тонкостям. Несомненно, зависимая личность в своем истоке имеет любопытство и любознательность. Поиск нового, неизведанного (правда, носящего в случае зависимостей девиантный характер) является важной составной частью такой характеристики зависимой личности, как высокая поисковая активность.

В.С. Ротенберг и В. В. Аршавский (1984) отмечают, что у человека существует заданная потребность в поиске — *поисковая активность.* Неблагоприятными для развития потребности в поиске считаются две противоположные ситуации. При первой активность ребенка в поиске обесценивается в связи с тем, что его действия наталкиваются на неизменное сопротивление и даже наказание активности со стороны взрослых. Ребенок в таком случае начинает ощущать беспомощность. При второй неблагоприятной ситуации блокирование поисковой активности происходит потому, что желания ребенка удовлетворяются немедленно и взрослые оберегают его от малейшего проявления самостоятельности.

Таким образом, зависимое поведение можно рассматривать двояко. С одной стороны — как результат поисковой активности в стремлении к чему-то новому, неизведанному, таинственному, но интересному. С другой — как смещение «вектора» поиска с адекватного на вторичный, когда активность направлена не на изменение неприемлемой ситуации, а на самозащиту. Выше мы уже говорили о том, что некоторые формы зависимого поведения можно рассматривать как творческий поиск и процесс, характеризующийся нацеленностью на познание реальности в максимально широком спектре.

4.1.6. Максимализм

Для человека с чертами зависимой личности типично такое свойство, как *максимализм,* под которым понимается крайность в каких-либо требованиях, взглядах, эмоциях.

Для подростка, склонного к формированию зависимых форм поведения, характерна категоричность в суждениях. Он воспринимает мир двухцветным: черно-белым. Он не склонен к компромиссам, особенно в сфере значимых отношений. Для него существует только «либо все, либо ничего».

Подобные проявления пронизывают зависимую личность альтернативностью: любить—ненавидеть, желать—отвергать, радоваться—горевать. У такого подростка нет тонких эмоциональных переживаний. Он склонен к гротескному восприятию и оцениванию себя и окружающих. Вследствие этого качество умеренности («разумности потребностей») у него отсутствует.

4.1.7. Эгоцентризм

Вся структура зависимой личности пронизана *эгоцентризмом* — фиксацией внимания на себе, своих интересах, чувствах и пр. Ведь основная потребность зависимой личности — гедонистическая (получение удовольствия, радости, удовлетворения) — не может быть неэгоцентрической. Именно поэтому специалисты большое внимание уделяют оценке и анализу Я-концепции и самооценке лиц с девиантными формами поведения.

Не всегда у зависимой личности эгоцентризм выражается в демонстративности, «жажде признания» и прочих атрибутах истерических черт характера. Он может иметь и иные признаки, в частности, проявляться чувством превосходства над другими, избранности, необычности (даже если девиант находится в группе, где начинает доминировать группоцентризм и противопоставление «своих» «чужим»).

4.1.8. Яркость воображения, впечатлений и фантазий

В силу высокой активности в поиске, направленной на новые ощущения и впечатления, зависимая личность испытывает т. н. «голод по сенсорной стимуляции». Такой человек стремится к особенно ярким впечатлениям (и, заметим, способен их испытывать). Для него типична способность фантазировать, перевоплощаться, жить в выдуманном окружении, погружаться в мир грез, легко отрешаясь от действительности. Как ребенок, зависимая личность легко переходит в мир вымысла и фантазий. Именно поэтому такая личность быстро и без особого труда вживается в роль честного и искреннего человека, будучи нередко лживой. Такой человек и сам верит в свою ложь.

4.1.9. Нетерпеливость

Несомненно, одно из важных качеств зависимой личности — *нетерпеливость,* неспособность «ждать и догонять», отсутствие выдержки. Как и многие иные свойства, нетерпеливость особенно присуща детям, нацеленным на немедленное получение желаемого или разрешение ситуации.

Индивиде зависимыми формами поведения, как ребенок, ориентирован на немедленное достижение задуманного. Он становится зависимым не только от формы зависимости, но и от времени. Одним из наиболее насущных позывов оказывается т. н. «голод по структурированию времени». Зависимой личности требуется, чтобы жизнь была наполнена (переполнена) событиями, чтобы они совершались как можно чаще и быстрее. Ждать у такого человека «нет времени».

4.1.10. Склонность к риску и «вкусу опасности»

Зависимость, как правило, в силу высокой поисковой активности такого человека, яркости его воображения и фантазий, а также максимализма оказывается сопряженной со *склонностью к риску.* В рамках аддиктивного поведения с целью вывести себя из состояния скуки зависимая личность отправляется на поиск все более сложных и опасных способов достижения удовольствия. Обычно по мере углубления зависимости старые проверенные способы перестают удовлетворять растущие потребности, и усиливается «вкус к опасности». Употребление психоактивных веществ, экстремальные виды спорта могут рассматриваться как аддикции, связанные с утратой чувства опасности.

4.1.11. Страх быть покинутым

Специфичность страха зависимой личности быть покинутой тем человеком, с кем имеется тесная связь, основывается на испытываемом ею ощущении беспомощности, *несамостоятельности,* неспособности принимать повседневные решения. В то же время подобный страх — это инфантильная реакция на потенциальную разлуку, расставание. Как и ребенка, зависимого взрослого человека тревожит и волнует возможность остаться в одиночестве, не справиться с жизненными сложностями. Вследствие этого происходит формирование поведения, демонстрирующего тесную связь и зависимость от значимого человека: перекладывание на него наиболее важных решений, подчинение своих интересов потребностям близких или окружения, податливость их желаниям и отказ от предъявления окружающим каких бы то ни было требований. Несмотря на внешнее сходство с альтруистичностью, подобное поведение проникнуто эгоцентризмом и эгоизмом. Все предпринимаемые действия по снятию с себя ответственности за собственную жизнь являются хорошим оправданием для зависимой личности в случае возникновения проблем. Часто наркозависимые люди или пациенты с алкоголизмом упрекают в своих заболеваниях близких и родных, тех, к кому были привязаны, от кого ощущали зависимость и кого так страшились потерять.

Резюмируя приведенные в данной главе факты, следует указать, что с позиции концепции зависимой личности мы обращаем внимание на то, что в преморбиде зависимого поведения значимым является не обобщенная характеристика, облаченная в форму акцентуации характера или личностного расстройства, а отдельные специфичные качества и черты, составляющие портрет аддикта. Приведенный в данной главе перечень значимых личностно-характерологических качеств, несомненно, противоречив (как противоречива сама личность склонного к зависимому поведению человека). Научный же поиск закономерностей сочетания несочетаемого — дело будущего.

ГЛАВА 5

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОЛИТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

5.1. О чем молчат цифры?

Зачастую социология предстает в глазах и широкой публики, и большой части различных академических сообществ исключительно в качестве науки цифр, графиков и процентов. Кажется, стоит лишь получить надежные количественные данные по той или иной проблеме, например проблеме наркотиков, и все станет ясно: такой-то процент школьников пробовали или употребляют наркотики, такая-то часть населения относится к ним как к преступникам, а такая-то — как к больным. Что тут может быть непонятным? Так, в частности, и среди медиков господствует представление о социологах как о демографах, занимающихся, по выражению одного врача, прозвучавшему пару лет назад на конференции по профилактике наркомании, «замерением социальных констант» и сбором количественных показателей наркотизации населения.

Но если вдуматься, становится понятно, что сами цифры не могут сообщить нам ничего или почти ничего, если не поместить их в контекст других цифр и, что еще более важно, не интерпретировать их на основе наших взглядов, ценностей, убеждений, идеологических приверженностей. Например, результаты исследования петербургских социологов Л. Кесельмана и М. Мацкевич (2001), проведенного в 2000 г., показали, что 18% петербуржцев хотя бы раз в жизни пробовали наркотики. Много это или мало? Тем, кто исходит из предпосылки, что количество пробовавших или употребляющих наркотики (часто люди не склонны видеть особой разницы между этими категориями) должно равняться нулю или колебаться около него, как было в бывшем СССР, эти цифры внушают ужас. Для тех же, кто осведомлен, что в развитых западных странах уровень наркотизации примерно такой же уже десятки лет, а в некоторых странах, например в США, бывал и побольше (65,5% попробовавших школьников в 1981 г.) и никакой «национальной катастрофы» или «разрушения генофонда» там не происходит, эти цифры не выглядят столь пугающими (Johnston et al., 1998).

Таким образом, общественная реакция на употребление наркотиков во многом обусловлена не абсолютными цифрами, показывающими уровень наркотизации населения, а отношением или противоречием между представлениями о существующем и должном, между тем, каковой представляется ситуация, и тем, какой она быть должна. Представления о «нормальном» уровне распространенности наркотиков зависят от картины мира, от того, что немцы называют «Weltanschauung» — мировоззрение.

Была ли в таком случае оправдана паника вокруг наркотиков, возникшая в 1998-2001 гг., рисовавшая апокалиптические прогнозы тотальной наркотизации молодежи и превращения'России в наркотическое гетто, описанная ранее (Мейлахс,2003; Меу»а4hs, 2006)? Существующие данные говорят об обратном.

В задачу данной публикации не входит подробное описание наркотизации населения России. Целесообразным представляется анализ данных, представленных в Государ^ ственной Думе РФ. Из них явствует, что первичная заболеваемость наркоманией в России еще в 2001 г. снизилась на 14% по сравнению с уровнем 2000 г. Снижение заболеваемости продолжалось в 2002 г. (на 58% по сравнению с 2001 г.), а в 2003 г. заболеваемость упала еще на 15,9%. Общий показатель наркотизации подростков в 2003 г. по сравнению с предыдущим годом снизился на43,3%.

По мнению большого числа наблюдателей, ситуация с наркотиками в России стабилизировалась. Почему же среди немалого числа специалистов, занимающихся этим вопросом, по-прежнему сильны алармистские настроения? Почему опять проблему наркомании пытаются представить как национальную катастрофу, угрожающую самому существованию Российского государства? Как видим, объективные цифры, характеризующие российскую наркотическую ситуацию, не могут помочь нам ответить на этот вопрос.

Другая проблема с цифрами, полученными во время социологических опросов, заключается в их валидности, особенно когда это касается изучения столь сенситивных вопросов, как употребление наркотиков, обладающих высокой латентностью. Из-за стигматизированное™ потребления наркотиков в обществе респонденты скрывают свои наркотические предпочтения и не дают искренних ответов. Что же касается официальной статистики, то тут дело обстоит еще более печально: медицинская статистика имеет сведения лишь о зарегистрированных случаях обращения в медицинские учреждения, а милицейская — о количестве преступлений, связанных с наркотиками, и числе задержанных в связи с этим граждан. О том, сколько людей потребляют наркотики, но не попадают в поле зрение медицинских и правоохранительных органов, остается только гадать. Такое положение дел привело к тому, что в социологическом сообществе активно дебатируется вопрос, насколько вообще обосновано применение количественных методов (тем более официальной статистики) в социологии вообще и в социологии девиантного поведения в частности, В академическом сообществе социологов на Западе (а в последнее время и у нас) все чаще изучаются вопросы не о том, как собрать «хорошую» статистику, атом, как она используется, какими группами и в каких целях.

Однако, несмотря на все многообразие методологических трудностей, связанных с получением количественных данных в социологии и официальной статистике, не стоит впадать в тотальный негативизм относительно их применимости и адекватности к проблеме наркомании. Только надежные количественные социологические данные могут помочь, например, в отслеживании тенденций роста или падения наркотизации населения, без чего оценка любых социальных программ по противостоянию наркотизму становится затруднительной, если не невозможной. Необходима такая оценка и для решения ряда других задач. В то же время получение надежных и достоверных статистических данных по наркотизму представляет собой крайне трудную задачу не только в России, но и в мире вообще. В качестве положительного примера из мировой практики можно привести американскую программу Monitoring The Future Study, в рамках которой данные собираются на основе единой методологии в течение уже многих лет. Это позволяет американским исследователям иметь достаточно адекватную картину наркотизации подрастающего поколения в Америке. В России большое количественное исследование наркотизма на основе репрезентативной выборки методом уличного опроса было выполнено Л. Е. Кесельманом и М. Г. Мацкевич. Однако проведено оно было в 2000 г., а спустя шесть лет другого всероссийского, адекватного по качеству исследования так и не было организовано. В то же время необходимость в ежегодном мониторинге наркотизации назрела чрезвычайно остро.

Тем не менее основная проблема заключается не в сборе адекватных данных по наркотикам, а в их интерпретации и разработке на их основе антинаркотической политики.

Прежде всего необходимо понять, какие цели должна преследовать правовая политика в отношении наркотиков. Ответ вроде бы ясен: снижение вреда от употребления наркотиков как обществу, так и индивиду вообще, и от наркомании, в частности. Но разница законодательств в отношении наркотиков порождает разнообразные отрицательные последствия. Как взвесить весь спектр вреда от наркотиков, как оценить, что более губительно для общества? Ведь последствия той или иной антинаркотической политики всегда следует рассматривать комплексно. Так же и в правовой политике: снижая один параметр, мы увеличиваем другой, и никакая эмпирика, никакие исследования не докажут превосходство первого над вторым, все будет определяться ценностным выбором законодателей, какую бы завуалированную форму он ни приобретал.

Что, если изменение в правовой политике (например, смягчение существующего законодательства) приведет к меньшему числу смертей от наркотиков, но к большему их распространению в обществе? К меньшему количеству преступлений, связанных с наркотиками, но к росту числа наркозависимых? Это изменение также может помочь одной социальной категории, но повредить другой. Например, увеличение государственного ассигнования на развитие антинаркотических профилактических программ неминуемо повлечет за собой сокращение в том или ином виде программ реабилитации для наркозависимых. Если же такого сокращения не будет, это будет означать, что пострадают другие категории «проблемных» граждан.

Хотим ли мы уменьшения распространения наркотиков в любой их форме или только снижения числа людей, зависимых от тяжелых наркотиков? Или нашей целью должно стать снижение доходов наркомафии и уменьшение размеров нелегального наркорынка? Некоторые могут сказать, как это часто происходит сегодня в западных странах, что одной из приоритетных целей антинаркотической политики должно стать снижение распространенности ВИЧ и других вирусных инфекций, ибо этими заболеваниями рискует заразиться (в прямом смысле слова) все остальное население, в том числе и те, кто не имеет ни малейшего отношения к наркотикам.

Так какова цена, которую общество согласно заплатить за уменьшение того или иного негативного последствия наркомании?

Очевидно, что на эти вопросы не могут быть даны ответы, основывающиеся исключительно на эмпирических данных. Нельзя эмпирически доказать, что снижение числа наркозависимых «лучше», чем увеличение количества ВИЧ-инфицированных. Эмпирически недоказуемо и то, что жизни наркозависимых «стоят» меньше, чем жизни обычных граждан. Все эти понятия несоизмеримы. За выбором конкретной антинаркотической политики неизбежно стоит моральный и идеологический выбор, даже если его преподносят под знаменем рационализма и эмпиризма. Ясно одно: осознание дилемм, сопутствующих выбору правовой политики в отношении наркотизма, и понимание диалектической связи между различными явлениями, его сопровождающими, помогут если не сделать этот выбор, то, по крайней мере, обрести большую ответственность при принятии любого конкретного решения.

5.2. Идеологические дебаты вокруг наркотизма на Западе

В западных странах, в отличие от России, где проблема широкой распространенности употребления наркотиков возникла относительно недавно, достаточно высокие по-

3 Зак .4806

казатели наркотизации населения фиксируются уже десятки лет. Столько же ведутся и споры вокруг политики, которую должно проводить государство в отношении немедицинского употребления наркотиков, а также дискуссии о том. что должно делать общество, чтобы минимизировать отрицательные последствия наркотизма. Когда речь заходит о правовой политике в отношении наркотиков, дебатирующие стороны, в сущности, пытаются решить разные проблемы. Представители одной стороны, назовем их для простоты «консерваторами», стремятся посредством законодательства снизить или, как минимум, приостановить рост потребления любых наркотиков в немедицинских целях *вообще,* т. е. наркотизма. Другая сторона — «либералы» — видят в законодательнах мерах принципиально другую цель: снижение числа людей, имеющих зависимость от наркотиков и негативных последствий, с ней связанных. Сторонники предельно жесткой линии в отношении употребления наркотиков (на Западе к ним, прежде всего, относятся партии правой ориентации и религиозные фундаменталисты) считают, что наркотизм плох сам по себе, поскольку он разрушает моральный порядок, на котором зиждется общество. Употребление наркотиков, прежде всего, «аморально». Отсюда — нулевая толерантность правых и фундаменталистов к употреблению в немедицинских целях каких бы то ни было наркотиков в любой форме. При этом наказание, которое получает человек за употребление или продажу наркотиков, далеко не всегда соответствует степени вреда, наносимого себе (употребление этих наркотиков) или другому (их продажа).

Американский социолог Э. Гуд (1972) иллюстрирует этот тезис правовой ситуацией, сложившейся в штате Род-Айленд. Там продажа марихуаны несовершеннолетним каралась (на момент проведения исследования) сроком от 30 лет тюрьмы (минимальная ответственность) до пожизненного заключения (максимальное наказание). Это более суровая кара, чем наказание за изнасилование, убийство второй степени (непреднамеренное убийство) и вооруженное ограбление. «Теперь, — говорит Гуд, — если мы признаем, что продажа 20-летнему студенту колледжа (в Америке во многих штатах возрастом наступления совершеннолетия считается 21 год) пары сигарет с марихуаной наносит этому студенту ущерб больший, чем непреднамеренное убийство, у нас есть все основания утверждать, что наказание за совершенное преступление вполне соответствует нанесенному вреду». Такое умозаключение исследователь, естественно, отбрасывает, как противоречащее элементарному здравому смыслу.

Сторонники либеральной политики, как правило, не считают употребление наркотиков греховным самим по себе и делают акцент на отрицательных последствиях наркотизации, которые, по их мнению, во-первых, далеко не всегда ее сопровождают и, во-вторых, зависят от вида принимаемых наркотиков и паттерна их употребления. Исходя из этого вполне логичными кажутся призывы либеральных реформаторов законодательно разграничить различные виды психоактивных веществ, юридически институционализировать существующее в массовом сознании деление наркотиков на легкие и тяжелые.

Есть несколько моделей правоохранительной политики в отношении наркотиков, принятых или предлагаемых различными экспертами в этой области и связанных с идеологией. Самой популярной моделью является политика *тотального прогибиционигма,* т. е. полного запрета на употребление в немедицинских целях любых наркотиков. Эта политика в той или иной форме преобладает сегодня в большинстве стран, включая Россию и США. В Западной Европе наиболее четко такая политика реализована в Швеции.

В либеральных кругах бытует мнение, что в «войне с наркотиками», как они именуют комплекс мер репрессивного характера, направленный на борьбу и с наркоторговцами, и с потребителями, победить нельзя.

Это не так. Войну с наркотиками выиграть можно. Это произошло в Китае после прихода к власти коммунистов в 1949 г. Новое правительство тогда столкнулось с миллионами людей, зависящих от опиума. Очевидно, что такое громадное количество граждан, живущих в наркотической реальности, представляло огромную проблему для режима, стремившегося установить тотальный контроль над всеми областями жизни каждого из своих подданных (тоталитарным режимом). По мнению большинства наблюдателей, в течение десяти лет с повальной наркоманией в Китае было покончено. Основными орудиями в этой борьбе были публичные казни подозреваемых в наркоторговле и массовая «ресоциализация» потребителей наркотиков в трудовых лагерях, являвшихся, по сути, концентрационными (Goode, 1997).

Здесь мы возвращаемся к поднятому ранее вопросу о «цене победы». Согласно ли наше общество заплатить такую цену за ликвидацию наркотизма и наркозависимости? Не будет ли эта победа пирровой? Ясно, что ответ на этот вопрос лежит вне области прикладных эмпирических исследований и целиком зависит от идеологии.

Главной своей задачей приверженцы прогибиционистской позиции видят борьбу с наркотизмом вообще. При этом их аргументы можно разделить на два типа, причем неискушенные наблюдатели часто не отделяют или не отличают один от другого. Первый тип аргументов основывается на логике абсолютного уменьшения или на убеждении в том, что наркотизм можно победить, т. е. радикально снизить или искоренить вообще, стоит только применить необходимый комплекс репрессивных мер в отношении торговцев наркотиками и их клиентов. Те же, кто придерживается логики *относительного сдерживания,* считают, что наркотизм победить в принципе нельзя, более того, при определенных обстоятельствах невозможно даже заметно снизить число наркопотребителей, однако в случае либерализации существующего законодательства число актуальных потребителей наркотиков превысит все мыслимые пределы.

В основе прогибиционистской антинаркотической политики лежит коллективистская идеология (даже если в странах, где она проводится, преобладает индивидуализм в других жизненных сферах), ставящая интересы коллектива (так, как их понимают адепты такой политики) выше прав личности.

Переходя к более либеральным моделям правового регулирования наркотизма, необходимо сразу отметить одно обстоятельство. Не существует единого подхода, который в широких общественных кругах и не только получил название «легализация наркотиков». Сторонники различных вариантов либерализации политики в отношении наркотиков разнятся между собой столь сильно, что, по справедливому выражению Э. Надельмана, одного из апологетов политики снижения вреда (Harm Reduction), умеренные «легализаторы» и «прогрессивные» прогибиционисты имеют гораздо больше общего между собой, чем первые — с радикальными и экстремистски настроенными любителями немедленно легализовывать все и вся, а последние — с «ястребами-прогибиционистами», видящими в репрессивных мерах главное, а иногда и единственное оружие в противостоянии наркотизму (Nadelmann, 1992).

Поэтому понятие «легализация наркотиков» вне конкретных деталей и способа реализации этой политики является лишенным смысла мифическим продуктом массового сознания. Когда речь заходит о конкретных способах легализации наркотиков, прежде всего необходимо поставить следующие вопросы: какие наркотики могут быть легализованы? при каких условиях и как эти наркотики могут распространяться? в каких количествах? только ли в специально лицензированных клиниках или где угодно? только ли наркозависимым или всем желающим? по какой цене? Без ответа на эти и другие вопросы термин «легализация» теряет всякий смысл.

Если попытаться охарактеризовать основное отличие либеральных программ в отношении наркотиков от программ, в основе которых лежит установка на репрессивные меры, то оно сводится к следующему. В то время как сторонники запретительных мер перекладывают всю вину за отрицательные последствия наркотизма исключительно на сам *наркотизм,* то те, кто придерживается либеральных взглядов, возлагают немалую долю ответственности за сложившуюся, крайне неблагополучную ситуацию с наркотиками на *законы, регулирующие наркотизм.* При этом степень возлагаемой ответственности также колеблется в зависимости от идеологических взглядов, которых придерживаются сторонники предлагаемых реформ.

Антипод политики тотального прогибиционизма — модель *полной декриминализации* любых наркотиков, вне зависимости от реальной степени вреда, наносимого ими индивиду и обществу. Такая политика является в настоящее время г ипотетической и вряд ли имеет шансы быть принятой на вооружение в любом из современных обществ в ближайшем будущем. Ее сторонники, самые известные из которых — Т. Заз и М. Фридман, верят в то, что свободный рынок должен быть единственным механизмом, регулирующим оборот наркотиков в обществе. Любые наркотики, как следует из этой концепции, могут продаваться где угодно, кому угодно и в неограниченных количествах, наподобие томатного сока (несовершеннолетние, по некоторым версиям этого подхода, являются единственным исключением) (Szasz, 1992). Если же люди убедятся, что наркотики — это яд, то тогда, считают сторонники свободного и неограниченного рынка, продавцы наркотиков попросту потеряют своих клиентов.

Возвращаясь к проблеме ценностного выбора при принятии решения в пользу определенной модели правового регулирования наркотизма, можно сказать, что адепты этой политики осуществляют выбор в пользу полной и ничем не ограниченной свободы индивида. Ради нее они готовы пойти на самые решительные шаги, какими бы опасными и непредсказуемыми последствиями они ни грозили. При этом вдохновленные идеологией экономического либерализма XVIII в. (laissez faire), сторонники этой модели возлагают всю вину за сегодняшнюю ситуацию с наркотиками на государство, своими «драконовскими законами» толкающее свободных, имеющих право на выбор образа жизни граждан на путь преступления (Friedman, Szasz, 1992).

Более мягким вариантом либеральной политики в отношении наркотиков является их *частичная декриминализация,* которую иногда неправильно называют легализацией легких наркотиков. Эта политика реализуется в девяти штатах США, где хранение небольших количеств марихуаны не карается законом. Фактически реализуется она и в Израиле, где на нарушителя налагается небольшой денежный штраф без открытия уголовного дела, а также в некоторых европейских странах и Австралии. В наиболее полной мере такая политика имеет место во всем известной Голландии, где полностью декриминализованы марихуана и псилоцибиновые грибы. Там же de facto декриминализовано и хранение небольших количеств тяжелых наркотиков, таких как героин и кокаин, и полиция при задержании просто отбирает их (а иногда и нет) у попавшегося потребителя. В то же время продажа даже небольшого количества таких наркотиков преследуется по закону. То же самое касается и хранения количества тяжелых наркотиков, превышающего законодательно определенный максимум. Такая политика пытается распределить отрицательные последствия, связанные с наркотизмом, между самим наркотизмом и законами, его регулирующими. Идеологию, лежащую в основе данного подхода, можно назвать умеренным индивидуализмом.

Модель поддержки и рецептурная модель заключаются в том, чтобы поддерживать людей, уже попавших в зависимость от наркотиков, на их более мягких субститутах, а по

некоторым версиям этой модели — на тех же самых наркотиках. Наиболее распространенный вариант известен как метадоновая поддержка (methadone maintenance). Она принята во многих штатах США, большинстве стран Европы, Австралии и Океании и в других странах. Метадоновая поддержка не ставит своей главной целью избавление участника метадоновой программы от наркотической зависимости, она лишь пытается упорядочить его аддиктивный поиск, т. е. снабжать его дешевым наркотиком и тем самым лишить необходимости искать средства на наркотики преступным путем. Кроме того, по жестким версиям этого подхода, поступив в метадоновую программу, ее участник лишен возможности принимать другие наркотики и, таким образом, исключен из общего нелегального наркорынка. В случае повторного нарушения режима метадоновой поддержки участник исключается из проекта. В метадоновых клиниках, как правило, оказывается психологическая и социальная помощь, действуют программы по трудоустройству наркозависимых. Очевидно, что метадоновые программы не способны в значительной степени решить проблемы наркозависимых хотя бы в силу того, что подавляющее их большинство не хочет в них участвовать. В некоторых странах, например в Голландии, Швейцарии, а также в Англии (Ливерпуль), проходят эксперименты по героиновой поддержке, когда наркозависимым назначают то самое вещество, от которого они зависят. Но результаты этих экспериментов пока не ясны.

Существуют (пока в теории) проекты того, чтобы выписывать людям, зависимым от наркотиков, рецепты на них для получения лекарств в аптеках, но до сих пор такие проекты не имели сколько-нибудь заметных шансов быть принятыми. Из сказанного ясно, что главной целью программ поддержки в разных ее формах, а также рецептурной модели является не снижение наркотизма или наркомании, а уменьшение преступности вокруг наркотиков и ослабление некоторых других негативных последствий их употребления (например, числа ВИЧ-инфицированных).

К другому варианту политики в отношении наркотиков относится модель снижения вреда. Она реализовывается с разной степенью успешности в Голландии, Швейцарии, Англии, Австралии и ряде других стран. По сути эта политика довольно эклектична и дифференциальна, она предполагает принятие на вооружение всего лучшего (по мнению ее апологетов), что существует в других подходах к наркотикам, и также включает в себя разграничения по отношению к различным психоактивным веществам. Согласно этой модели, разные наркотики требуют неодинакового к себе отношения, и морального, и юридического: необходимо законодательно разграничить легкие и тяжелые наркотики. Кроме того, считают сторонники этой политики, нужно полностью снять уголовную ответственность с потребителей наркотиков, а также провести четкую юридическую черту между мелкими дилерами и крупными поставщиками, а именно уменьшить наказание за розничную торговлю наркотиками и увеличить его за торговлю крупными партиями.

Враг— не наркотики, убеждены сторонники подхода снижения вреда, врагами являются отрицательные последствия наркотиков. Все, что может помочь хоть как-то ослабить эти последствия, необходимо принять на вооружение. Иными словами, «все средства хороши, если они хоть в чем-нибудь продвигают нас к цели», — считают адепты этого подхода. Если же последствия какого-либо подхода вредят больше, чем приносят пользы, от него необходимо немедленно отказаться, для этого не должно быть никаких идеологических или моральных преград.

Модель снижения вреда предполагает реализацию следующих мер: бесплатная раздача или обмен шприцов (сторонники этой модели считают СПИД гораздо более серьезной опасностью, чем наркомания); организация программ метадоновой поддержки;

открытие «комнат безопасных инъекций» с медицинским персоналом для того, чтобы не допустить скопления наркозависимых в общественных местах и предотвратить передозировки наркотиков; развертывание передвижных лабораторий на молодежных дискотеках, где можно проверить качество и силу таблеток МДМА («экстази»); декриминализация (но не легализация) хранения и розничной продажи легких наркотиков; декриминализация хранения (но не продажи) малых количеств тяжелых наркотиков и другие меры (Nadelmann, 1992).

Вышеперечисленные подходы к регулированию немедицинского употребления наркотиков не являются взаимоисключающими. Так, в США, где антинаркотическая политика — одна из самых жестких среди западных стран, достаточно активно внедряются программы снижения вреда (хоть и в недостаточных, по мнению сторонников этой политики, объемах), существуют и метадоновые программы (опять-таки, в масштабах, не удовлетворяющих тех, кто ратует за более широкое их внедрение); даже в Швеции, на которую так любят равняться сторонники жесткого подхода к наркотикам, есть высокопороговые, т. е. труднодоступные, метадоновые программы. В то же время в либеральной Голландии две трети бюджета, предназначенного для противостояния наркотизму, идет силовым ведомствам на борьбу с наркотиками и на расследования преступлений против собственности, совершенных наркозависимыми. Кроме того, в западных странах, в особенности в США, немалая роль в определении государственной антинаркотической политики отводится рыночным механизмам. К примеру, если в России дебаты вокруг метадоновых программ в основном сводятся к вопросу, нужно их разрешать или нет, то в Америке одним из главных спорных моментов в полемике о таких программах стал вопрос их государственного финансирования. Это же справедливо и в отношении других мер снижения вреда. Так, в США, несмотря на то что программы по обмену шприцев абсолютно легальны, запрещено их финансирование из федерального бюджета. Там же постоянно идут дебаты о том, должна ли наркомания входить в перечень болезней, покрываемых основным страховым полисом.

Несмотря на то что сторонники политики снижения вреда именуют ее самой прагматичной из всех возможных и свободной от идеологии, она также не дает ответа на вопрос, поставленный в начале этой главы, а именно: как соизмерять негативные последствия различного рода? Что, если некоторые меры такой политики приведут к снижению количества смертей от передозировок, но к увеличению количества наркозависимых (что, как утверждают противники этого подхода, может быть результатом принятия таких законов)? Или в результате такой политики уменьшится преступность, но возрастет наркотизм? Такая политика, как и всякая другая, не способна дать ответы на эти вопросы исключительно эмпирическим путем. Поэтому утверждение многих ее сторонников, что эта модель свободна от идеологии, является мифом; она не менее пронизана идеологией, чем самый жесткий прогибиционизм.

В то же время нужно подчеркнуть, что эмпирические исследования наркотизма необходимы для оценки различных рисков, связанных с принятием решений, касающихся антинаркотической политики. Эмпирические выводы не позволят вынести вопросы, связанные с немедицинским употреблением наркотиков, на уровень исключительно технической проблемы, и базовые решения в антинаркотической политике будут основываться на ценностном и идеологическом выборе общества (или представляющих его законодателей). Но эмпирические исследования в состоянии прояснить многое, в том числе и развеять множество мифов, окутывающих проблему наркотиков. Среди таковых утверждение, что программы по обмену шприцев несут в себе «неправильный месседж», легитимизируют потребление наркотиков и способствуют вовлечению в нарко-

манию новых потребителей, выдвигаемое прогибиционистами и у нас. и на Западе. Оно никоим образом не подтверждается эмпирически. Там, где такие программы были введены, никакого всплеска наркомании не последовало. Крайне сомнительным выглядит и тезис о том, что легкие наркотики непременно ведут к переходу на тяжелые; эмпирический анализ, опровергающий это широко распространенное заблуждение, был осуществлен вышеупомянутым Э. Гудом (1972). В среде российских наркологов оно встречается особенно часто. В доказательство приводится факт, что практически все потребители тяжелых наркотиков начинали с легких. Это действительно так. Но ведь речь идет лишь о тех потребителях легких наркотиков, которые перешли на тяжелые и вследствие развившейся наркомании попали в поле зрения медицинских органов. Те же. кто употреблял легкие наркотики, но не перешел на тяжелые, к наркологам не обращаются ввиду отсутствия такой надобности. Поэтому нашим медикам о них ничего не известно. Для того чтобы действительно доказать тезис о «конвейерной ленте» перехода с марихуаны на героин, нужно рассмотреть всех потребителей первой и сравнить, сколько из всех тех, кто пробовал или употреблял марихуану, переходят на тяжелые наркотики, а сколько — нет.

Говоря социологическим языком, выводы российских наркологов основаны на скошенной и предвзятой выборке. Это все равно что прийти в железнодорожный травмпункт, где лежат пострадавшие от происшествий на железной дороге, и рассуждать о том, как опасно переходить рельсы, обосновывая это тем, что все, кто в нем находится, попали туда именно таким образом. Но ведь со многими из пересекших рельсы ничего не произошло! Конечно, это не довод в пользу безопасности легких наркотиков. Это лишь иллюстрация той ущербной логики, которая зачастую распространена в среде российских наркологов. Легализация легких наркотиков не обязательно приводит к большому их употреблению: в Голландии в 1970-х гг. до легализации легких наркотиков их у; ютребляли больше, чем в 1980-х гг., когда эти наркотики стали продаваться легально (van de Wijngaart, 1990). Это можно объяснить тем, что 1970-е гг. подошли к концу и эпоха хиппи с ее культом марихуаны завершилась. В 1980-е гг. пришли совершенно другие ценности: стало модно быть «богатым и здоровым», а наркотики, в том числе и легкие, никак в такую моду не укладывались. Именно наступлением эры «яппи» с ее фетишизацией денег и материального успеха, а также с возвращением к консервативным «семейным ценностям» большинство наблюдателей связывают резкое снижение потребления наркотиков в Америке в тот период. Абсурдным выглядит утверждение некоторых российских наркологов (например, Надеждина, 2002), что более эффективное лечение наркомании будет способствовать вовлечению новых потребителей наркотиков: раз, мол, вылечиться от наркомании можно и сделать это нетрудно, то все подряд начнут употреблять наркотики. Точно так же на Западе консерваторы аргументируют сокращение помощи наркозависимым, ибо сегодняшний ее размер дает им возможность вести более или менее сносное существование и тем самым показывает, что участь наркозависимого не столь ужасна. Не думаю, что это так. Вряд ли люди согласны влачить жалкое существование наркомана (хоть и под присмотром врачей и социальных служб), и лишь физическая смерть от наркотиков или страх уголовного преследования способны их отпугнуть. Никто не стремится, например, стать бомжем... Для выяснения такого рода вопросов как раз и требуется проведение масштабных эмпирических исследований.

Пессимизм вызывает скорее другое обстоятельство. А именно насколько такие исследования востребованы? Учитываются ли они законодателями и как используются? Не происходит ли манипулирования результатами научных изысканий для «рационального» обоснования своей идеологизированной точки зрения, когда совершается их се-

лективный отбор и все данные, эмпирически подтверждающие ее, принимаются безоговорочно, а находящиеся в противоречии отбрасываются без рассмотрения? К сожалению, как правило, именно так и обстоит дело. Например, чиновники ФСКН предпочитают приводить данные исключительно за последние десять лет, свидетельствующие о драматическом росте наркомании в России. Спрашивается, почему не за три года? А если бы за три, получилось бы примерно следующее: «Россия подошла к порогу национальной катастрофы. Заболеваемость наркоманией у подростков снизилась на 43%. Героин выходит у молодежи из моды. Необходимы срочные и решительные меры для спасения молодого поколения России». Выглядит абсурдно, поэтому не очень убедительно.

Американский социологи. Мекэник(1975) писал, что, «хотя и возможно найти такие примеры, когда люди, облеченные официальной ответственностью, оправдывали ту или иную политику с помощью отсылки к данным исследований, существует крайне мало доказательств того, что начало этой политики было положено на основе этих данных». А социолог!!. Росс (1987) приходит к еще более горькому и пессимистическому выводу, когда рассматривает влияние своих исследований о вождении в состоянии алкогольного опьянения и методах борьбы с ним, которым он посвятил десятки лет своей жизни. Трудно удержаться, чтобы не привести эту цитату. «Возможно, самый главный урок, который я извлек, заключался в том, что роль исследований состоит не в том, чтобы служить руководством для политиков при принятии решений и взвешивании возможных альтернатив. Скорее результаты исследования служат простой рационализацией для позиции, которую политик уже занял на основе предыдущих убеждений, не имеющих к науке никакого отношения».

Именно идеология и политика определяют основные пути решения проблемы наркотиков, а эмпирические данные, как правило, служат лишь инструментом их оправдания и придания легитимности.

5.3. Сравнительный анализ российского и западного дискурсов о наркотиках: сходства и различия

Если рассмотреть современную ситуацию с наркотиками в России, нельзя не заметить весьма значительное сходство ее с западной, что проявляется и в уровне наркотизации населения, и в плоскости идеологического противостояния между либералами и консерваторами. Параллелизм аргументов, выдвигаемых различными сторонами на идеологических дебатах о наркотиках, делает понятным нежелание известного французского философа М. Фуко делить современную дискурсивную формацию (структуру знания, задающую общие представления о мире) на «западную» и «советскую». Действительно, несмотря на многочисленные идеологические различия между развитыми западными странами и Советским Союзом в подходах к экономике, правам человека и т. п., доминирующие представления о норме и патологии, здоровье и болезни, легитимном и нелегитимном удовольствии и множестве других оппозиций, характеризующих дискурсивную формацию, были достаточно близкими. Именно в едином дискурсивном основании западных стран и России надлежит искать причины схожести логики, лежащей в основе аргументации как консерваторов, так и либералов, выдвигаемой ими в пользу тех или иных мер антинаркотической политики.

С одной стороны, это связано с тем, что и Россия, и Запад в течение долгого времени развивались в русле единой иудеохристианской цивилизации с близкими представлениями о праведности, грехе, искушении плотскими соблазнами и т. п. С другой стороны — с тем, что последние триста лет в Европе происходили процессы модернизации, в ходе

которой научные представления о норме и патологии, здоровье и болезни к моменту возникновения проблемы наркотиков уже прочно укоренились как в России, так и на Западе.

Если сравнить проповеди фундаменталистских американских проповедников о наркотиках и рассуждения о наркомании представителей ультраконсервативного крыла Русской Православной Церкви, нельзя не поразиться схожести метафор и образов, в них присутствующих. Вот, к примеру, высказывание американского евангелиста Д. Роббинса: «Замыслы Сатаны лежат в основе разрушительной природы наркотиков. Они — его инструменты, которыми он достигает своих нечистых целей, одурманивая людей наркотиками. Понимание связей наркотиков с Сатаной должно убедить христиан, что употребление наркотиков несовместимо с христианским стилем жизни» (Robbins, 1990). А это цитата из статьи Митрополита Бишкекского и Среднеазиатского Владимира: «Верующий человек с помощью воздержания, молитвы и Таинств Церкви бдительно охраняет свой внутренний мир от заражения нечистыми страстями, от проникновения злых духов. Тот, кто решил "попробовать" наркотик, поступает прямо противоположным образом: посредством дурманящего зелья, словно отмычкой, он отпирает и распахивает настежь свою душу, — как бы приглашая злобных демонов: пожалуйста, входите! И в душу несчастного входят и воцаряются в ней эти страшные "господа"».

Представления христиан различных деноминаций о грехе, разврате и нелегитимном удовольствии уже давно сформированы и теперь транслируются совершенно независимо через религиозные институты, разделенные не только колоссальным расстоянием, но и накалом взаимной ненависти. Представления христианских фундаменталистов о гомосексуальности, СПИДе, порнографии и ряде других «аморальных» феноменах практически тождественны в различных деноминациях, что свидетельствует о единой основе консервативного христианского дискурса.

Однако может возникнуть вопрос: неужели в нынешней России, подвергавшейся насильной секуляризации коммунистическим режимом в течение семидесяти лет, так сильны христианские представления о пороке, добре и зле? Ведь христианский дискурс о наркомании (в отличие от Запада) стал заметен на российской публичной арене сравнительно недавно, а подавляющая часть российского населения не является ортодоксальными верующими. В то же время опросы общественного мнения говорят о том, что огромная часть россиян занимает моралистическую позицию по наркотикам, схожую со взглядами религиозных моралистов. К тому же и в начале перестройки, когда роль церковных институтов была чрезвычайно невелика, советские граждане проявляли крайнюю интолерантность по отношению к различного рода девиантам, будь то гомосексуалы, проститутки или потребители наркотиков. Откуда же тогда такое сходство с западными моралистами? Иными словами, почему советские представления о морали и нравственности столь схожи с теми, что существуют у ортодоксальных верующих как у нас. так и за рубежом?

Ответ заключается в том, что Советская власть после краткого периода либерализации отношения к различного рода девиациям, включая наркотизм, продолжавшегося в течение 1920-х гг., стала приобретать все более и более тоталитарный характер. Это выразилось, в частности, в укреплении моральных границ, отделяющих «настоящих советских людей» от различного рода «антисоциальных элементов». При этом сами категории девиации были заимствованы из старой дореволюционной России, но их интерпретация оказалась лишена религиозного содержания: девианты (проститутки, гомосексуалы. потребители наркотиков) рассматривались более не как нарушители традиционного морального уклада, сформировавшегося под влиянием христианства, но как лица, под-

рывающие нормы советской морали. Таким образом, произошла секуляризация девиантности, когда религиозное ценностное содержание было подменено светским коммунистическим, при этом сами категории девиации остались в основном теми же, какими были до большевистского переворота. «Грешники» и «заблудшие» старой дореволюционной России стали «аморальными типами», «извращенцами» России советской. Такая преемственность в наполнении категорий девиантности как раз и может объяснить поразительное сходство в воззрениях на девиантность (и наркотизм) западных религ иозных моралистов, религиозных ортодоксов современной России и «простых советских людей».

Другая причина параллелизма аргументов в дискуссиях о наркотиках в России и на Западе — в единстве научного мировоззрения, и у нас и на Западе развивавшегося по общим канонам, основанным на рационализме и эмпиризме. Этот факт достаточно очевиден и не требует иллюстраций. В основании идеологии прогибиционизма и в российском, и в западном вариантах лежат не только моралистические представления о пороке и добродетели. В не меньшей степени такая идеология основывается на представлениях (идущих со времен Просвещения), что каждый полноценный член общества должен быть «нормальным» индивидом со здоровым, рациональным разумом. Наркомания (как и любое другое психическое заболевание) в этом светском варианте прогибиционизма служит препятствием для осуществления индивидом рационального выбора. И долг специалистов, обладающих необходимыми знаниями, заключается в том, чтобы вылечить больного и *заставить* его быть рациональным.

В психиатрии базовые понятия советских медиков и их западных коллег были практически тождественны до 1950-х гг., после чего на Западе под давлением общественного мнения произошла заметная гуманизация в этой области. У нас же, в условиях тоталитарного государства, психиатрия до начала перестройки (а в значительной степени и после нее) сохранила первозданный вид с жесткими практиками исключения и деления населения на «нормальных» и «больных», требующих неусыпного контроля за последними даже без их согласия. Как отмечал В. Д. Менделевич (2004): «Отечественные наркологи, диктовавшие властям предержащим, что полезно обществу, а что вредно, не изжили патерналистского мышления и советских репрессивных традиций по отношению к больным алкоголизмом и наркоманией. Именно поэтому вновь был поднят вопрос об ЛТП, принудительном лечении и недобровольном освидетельствовании. В новых условиях была даже придумана новая модель — признать наркоманию психической болезнью психотического уровня с вытекающими из этого факта последствиями в виде возможности недобровольной госпитализации». Вот почему, когда читаешь многие современные российские работы по наркологии, поражаешься их сходству со «старыми» западными исследованиями: и в тех и в других царит патернализм и пренебрежение правами больного. В то же время нельзя не отметить появление либерального крыла российских наркологов, которые принципами своей деятельности не отличаются от западных коллег.

Можно констатировать, что современная позиция российских консерваторов в области наркополитики, с одной стороны, основана на жестком морализме, идущем с советских времен, а с другой — на традициях советской психиатрии, когда та выступала в качестве агента социального контроля, насильственно «вразумляющего» больного индивида.

До сих пор в этой главе обсуждались общие тенденции в позиции по наркотикам российских и западных консерваторов; в то же время аргументы либералов в области антинаркотической политики и у нас, и на Западе не менее схожи между собой. На

Западе толерантный подход к употреблению наркотиков идет от традиции либерализма в отношениях между государством и индивидом, отдающей приоритет правам человека и свободе выбора (если это не связано с причинением вреда другим индивидам), в том числе и в предпочтении жизненного стиля, который может оказаться деструктивным для самого индивида. Классическим сочинением, «манифестом либерализма» является трактат социального мыслителя Дж. С. Милля «О свободе», содержащий, в частности, следующий пассаж: «Единственным принципом, на основании которого человечество (индивидуально или коллективно) имеет право вмешиваться в свободу действий любого из своих членов, — это самосохранение. Единственной целью, во имя которой справедливо может быть применена власть над членом цивилизованного сообщества и против его воли, является предотвращение вреда другим. Его собственное благополучие, физическое или ментальное — недостаточное основание для применения власти» (Mill, 1859).

Однако, если параллелизм или прямое тождество аргументации консерваторов в России и на Западе объясняется общностью христианской традиции и научного дискурса о норме и патологии, а развитие этой аргументации, применительно к проблеме наркомании, шло независимыми путями, то в случае с аргументацией либералов ситуация принципиально иная. Дискурс прав человека, лежащий в основе либеральной политики в области наркотиков, тоже присутствовал в дискурсивном пространстве дореволюционной России. Это волновало как революционных демократов, так и умеренных либералов. Тем не менее после победы одного из течений революционных демократов (большевиков) дискурс прав человека был задавлен идеологией коллективизма и этатизма (другими составляющими революционной идеологии). Вслед за этим он стал фигурировать лишь в качестве набора пустых демагогических клише советской пропаганды (вроде пресловутого «права на труд», когда человек, отказывавшийся от этого права, отправлялся за решетку как «тунеядец»). Так получилось, что дискурс прав человека стал для большевиков только инструментом для прихода к власти, помогая мобилизовы-вать рабочих на забастовки и вербуя в ряды революционеров идеалистов-интеллектуалов, возмущенных множеством несправедливостей, которых в царской России действительно было «несть числа». После прихода большевиков к власти дискурс прав человека постепенно выродился в пустую риторику, уступив место утопическому коллективистскому дискурсу «построения коммунизма».

Ростки же либерального движения, появившегося в конце XIX в., яркими представителями которого стали конституционные демократы (Милюков, Набоков-старший), были задушены большевистской революцией. После этого в течение десятков лет, вплоть до начала перестройки, либерализма как доктрины, воплощенной в какие-либо социальные институты, в России (Советском Союзе) не существовало. Конечно, в СССР были диссиденты, занимавшиеся правозащитной деятельностью, но их активность была настолько маргинализирована советским репрессивным аппаратом, что говорить об их влиянии на государственную антинаркотическую политику и на институт психиатрии не приходится. Наоборот, словно по иронии судьбы, наблюдалось обратное воздействие института психиатрии на интеллектуалов: подчас за свою правозащитную деятельность диссиденты оказывались в психиатрических стационарах. Поэтому, когда во время перестройки произошло реформирование системы психиатрической и нарколог ической помощи, а также смягчение уголовного законодательства в отношении употребления наркотиков, в России отсутствовало сильное либеральное крыло специалистов-наркологов, имеющих давнюю традицию продвижения более гуманного подхода к наркозависимым с развитой (и одновременно приспособленной к российским реалиям) системой аргументации. Либеральный подход к наркотикам (и легитимирующая его система аргументации)

в России, в отличие от Запада, не формировался внутренне в течение долгих лет, а практически в одночасье (в историческом масштабе, конечно) был заимствован у либерального крыла западных специалистов, занимающихся проблемой наркомании. Инструментом трансляции этих представлений в зарождающемся гражданском обществе служили, прежде всего, движения, защищающие права человека, ряд из которых институционально поддерживался западными правозащитными организациями.

Естественно, заимствование либеральной аргументации в отношении употребления наркотиков было только частью общих тенденций обоснования в России дискурса прав человека. Тогда как на Западе он существовал на протяжении десятилетий или даже столетий, включая и аргументацию по либеральной антинаркотической политике. Этим генеалогия либеральной аргументации в России отличается от генеалогии аргументации консервативной: если источник первой — это дискурс прав человека, до этого отсутствовавший в Советском Союзе и *появившийся* на публичной арене лишь во времена «второго прихода либерализма» в России, то источник второй — *развивающийся* параллельно с западным дискурс о морали, норме и патологии.

Именно в недолгом (пока) существовании либерального дискурса о наркотиках и отсутствии большого числа специалистов, на него ориентированных, — одно из объяснений слабости влияния этого дискурса на современную антинаркотическую политику в России. Ведь власть дискурса неотделима от власти институций, в которых он создается и транслируется. Консервативная позиция по наркотикам воспроизводится внутри мощных институций органов правопорядка и здравоохранения, обладающих долгой историей трансляции этих представлений, развитой и многочисленной системой кадров и сильным влиянием на формирование государственной политики в отношении наркотиков. Либеральная же позиция воспроизводится главным образом внутри правозащитных организаций, имеющих короткую историю существования, немногочисленные (по сравнению с силовыми и медицинскими институтами социального контроля) кадры и относительно слабое влияние на государственную политику.

Конечно, нельзя сказать, что за либеральной позицией стоят одни лишь правозащитники. Ее также поддерживает ряд социологов, психологов, медиков и юристов, убежденных в бесперспективности силового подхода к решению проблемы наркомании. Но пока они остаются в явном меньшинстве, их возможности по воздействию на процесс принятия решений в области наркополитики весьма ограничены.

Однако следует обратить внимание на различие между Россией и Западом в идеологическом противостоянии между либералами и консерваторами, несмотря на бросающиеся в глаза некоторые аналогии. Это противостояние в области регулирования потребления наркотиков и в России, и на Западе идет вдоль схожих позиций, струкгура аргументации и тех и других во многом идентична. Причины гомологии этой аргументации объясняются тем, что в ее основании лежит единая дискурсивная формация, характеризующая разные страны, т. е. похожая структура представлений, знаний и правил высказывания о грехе и добродетели, норме и патологии, индивиде и его связи с коллективом. Тем не менее подобная схожесть в аргументации не означает тождества в расстановке сил в идеологическом пространстве. То есть, даже если стороны говорят примерно одно и то нее, из этого не следует, что они оказывают одинаковое влияние на политику в отношении наркотиков и что они состоят из одних и тех же социальных и профессиональных групп.

Один из основных моментов, отличающих российскую ситуацию от западной, — это доминирование прогибиционистской аргументации в идеологическом пространстве и маргинальное присутствие в нем либеральной. На Западе (даже несмотря на то, что он неоднороден, и наркополитика там варьируется от страны к стране) либеральные

силы обладают большим общественным влиянием, многочисленны и состоят из самых различных социальных и профессиональных групп (включающих правозащитников, социологов, психологов, медиков, юристов, представителей силовых структур и политиков высокого ранга). В России практически все идеологическое пространство занято прогибиционистами, а сторонники либеральной линии в отношении употребления наркотиков представлены в нем лишь незначительно, влияние их невелико, а социальный состав гораздо более однороден (в основном это правозащитники и крайне немногочисленные представители профессиональных групп: медиков, юристов, социологов и психологов). Иными словами, дискурс о наркотиках в России гораздо более монолитен по сравнению с западным и смещен в сторону прогибиционизма. Такой перекос выражается и в соответствующей наркополитике.

Прогибиционисты видят в ней одну основную цель — сократить (а в радикальном варианте и свести на нет) численность людей, употребляющих психоактивные препараты, определенные как наркотические; все остальные вопросы, такие как распространение инфекционных заболеваний, качество жизни употребляющих наркотики, количество людей, злоупотребляющих легальными психоактивными веществами (никотином и алкоголем) и пр., представляются им либо проблемами, логически подчиненными главной задаче, либо не связанными с ней, либо малозначимыми.

В то же время в Европе дискурс о наркотиках гораздо более плюралистичен, что выражается и в его влиянии на меры, принимаемые в отношении употребления психоактивных веществ. Как следует из доклада Европейского центра мониторинга за наркотиками (EMCDDA, 2002), в странах ЕС наблюдается некоторая конвергенция подходов к наркотикам: есть некоторые ужесточения политики в либеральных странах — Голландии, Испании и, наоборот, ее смягчение в государствах, опирающихся на репрессивные методы в антинаркотической политике — Швеции, Франции. Во всех национальных политических и законодательных инициативах стран Европы ставится цель реализовать сходные социальные меры и способы охраны общественного здоровья. Во-первых, предлагается подходить ко всем наркотическим препаратам вне зависимости от их легального статуса. То есть теперь борьбу с наркогиками не будут считать принципиально отличной от борьбы с алкоголем и никотином, т. к. последние представляют опасность для общественного здоровья подчас не меньшую, чем запрещенные вещества. Для того чтобы уменьшить количество потребляемого алкоголя и никотина, предполагается ограничить рекламу этой продукции, а также увеличить ее налогообложение. Во-вторых, планируется не на словах, а наделе уменьшить ответственность простых потреби гелей парко гиков, ведь до сих пор во всех странах ЕС, кроме Норвегии, Нидерландов, Италии и Испании, основными преступлениями, связанными с наркотиками, о которых сообщает полиция, остаются употребление наркотиков и их хранение. В-третьих, пришло понимание невозможности просто бороться с самим употреблением наркотиков, оставляя без внимания такие гибельные последствия наркотизации, как ВИЧ, вирусные гепатиты и преступления ради добычи наркотиков. Именно поэтому во многих странах идет расширение законодательной базы для программ метадоновой поддержки, признанных эффективными в снижении этих вредоносных последствий.

Среди стран-участниц ЕС растет согласие по поводу того, что эффективный подход к проблеме наркотиков включает в себя снижение сопутствующих заболеваний наркозависимых и смертности, связанной с употреблением наркотиков, снятие с таких людей клейма и избавление их от социального исключения. А также передачу случайным (нерегулярным) потребителям правдивой, а не основанной на лжи и страхе информации о различных наркотиках и их потенциальной опасности.

Второе важное отличие российского идеологического пространства от западного — профессиональный состав групп, занимающих противоположные позиции в области регулирования потребления наркотиков. Особенно четко это проявляется в отношении двух профессиональных объединений — медиков и представителей силовых ведомств. Несмотря на то что, как указывалось выше, на Западе (особенно в США) позиция человека в отношении употребления наркотиков не является жестко детерминированной и непременно связанной с его профессиональной принадлежностью, все же можно отметить следующую тенденцию: как правило, представители силовых ведомств занимают более консервативную и прогибиционистскую позицию, в то время как медики (в целом как профессиональная группа) чаще придерживаются либеральных взглядов (даже если это умеренный прогибиционизм). Именно эта группа на Западе стала одним из главных адвокатов проектов снижения вреда, таких как обмен шприцев и программы метадоновой поддержки.

В России же такое деление выражено очень слабо. И медики, и представители силовых ведомств склонны поддерживать прогибиционистскую политику в отношении употребления наркотиков, а программы заместительной терапии вызывают у них практически одинаковую степень отторжения.

Третье отличие российской ситуации от западной заключается в отношении консерваторов к либералам. В странах Запада дебаты о наркотиках имеют в основном идеологический характер. Суть его состоит в том, что стороны по-разному понимают права и обязанности индивида, имеют разные представления о моральных границах, придерживаются различных взглядов на общественное благо и способы его достижения. Так, консерваторы адресуют либералам упреки в «мягкотелости» и неправильном видении ситуации с наркотиками. В то же время обвинения в их продажности и лоббировании интересов фармацевтических компаний, выпускающих метадон, в пропаганде наркотиков и продвижении интересов международной наркомафии не присутствуют в общественном дискурсе.

Совсем иная ситуация наблюдается в России. Здесь обвинения либералов в ангажированности и корыстных интересах со стороны консерваторов — одно из важнейших средств, используемых для убеждения аудитории. Российские консерваторы ставят перед собой задачу не столько ответить на аргументы противоположной стороны, сколько скомпрометировать противника и показать его позицию с точки зрения личной (материальной) заинтересованности. Иногда в России наблюдаются попытки не только скомпрометировать либералов, но и криминализировать их, т. е. сделать преступниками.

Проанализировав некоторые отличия российского дискурсивного пространства от западного, попробуем теперь разобраться в особенностях российского дискурса о наркотиках. Прежде всего объяснить его монолитность. Итак, почему же российский дискурс о наркотиках столь монолитен и так сильно смещен в сторону прогибиционизма по сравнению с западным?

Первая причина заключается в слабом развитии в России институтов гражданского общества. Так, в нашей стране практически нет общественных организаций, отстаивающих интересы потребителей наркотиков. Слабо представлены на общественной арене и силы, считающие войну с наркотиками бесперспективной. Эти силы призывают канализировать общественные ресурсы не только на силовые и медицинские ведомства, ориентированные на снижение числа наркопотребителей, но и на меры, помогающие улучшить качество жизни наркозависимых (без обязательного отказа от наркотиков) и другие мероприятия, выдвигаемые в рамках концепции снижения вреда.

Вторая причина — это дискурс исключения уязвимых групп, идущий еще с советских времен, и воспроизводившиеся десятилетиями практики государственных институ-

ций с акцентом на силовые методы в решении проблем, затрагивающих общественную мораль. Поскольку в официальном советском дискурсе социальные условия при социализме не могли порождать различные девиации, в том числе и наркотизм, вся вина за девиантное поведение целиком ложилась на индивида. При этом он попадал либо в категорию «морально неустойчивого», поддавшегося западным соблазнам, разложившеюся и подлежащего исправлению в ИТП, либо в категорию «больного», требовавшего принудительного лечения.

Третья причина — ригидность функционирования в России одного из основных институтов, на Западе служащего двигателем гуманизации отношения к наркозависимым и перемен в области наркополитики, — института медицины в целом и наркологии в частности.

Сообщество наркологов как профессиональная группа оказалось крайне невосприимчиво к новым в мировой практике подходам к проблеме наркотиков и новым технологиям снижения рисков, связанным с их потреблением. В. Д. Менделевии (2005) пишет: «Уже минимум как десять лет российская наркология живет в новых условиях. С одной стороны, существенно и кардинально изменилась структура наркологической заболеваемости — дала о себе знать и стала преобладающей наркомания. С другой измени лись требования общества ко всей системе оказания медицинской помощи, в том числе и наркологической, появилось понятие "право пациента на информированное согласие на лечение", право на гуманное отношение и пр. Однако отечественная наркология продолжает жить старыми наработками, традициями, принципами и не желает учитывать реальность».

К числу «старых» советских практик относится и механизм «диспансерного учета», существующий в российской наркологии. О его негативном влиянии в деле оказания наркологической помощи пишут В. Подколзин и А. Фимушкин. «Термин "диспансерный учет" в наркологии стал равнозначным неснятой судимости. Прошло уже почти двадцать лет, мы живем уже в новой стране, а идеология оказания наркологической помощи и методов противодействия распространению потребления ПАВ осталась такой, каковой она была определена постановлением ЦК КПСС и советского правительства».

Четвертая причина заключается в отсутствии у большинства российских социологов (еще одной из важнейших сил, меняющих традиционный дискурс о наркотиках на Западе) собственной независимой и наполненной социологической рефлексией позиции по наркотикам. Большинство российских исследователей «социологии наркотизма» занимаются обслуживанием и подтверждением доминирующих медицинских и юридических теорий, их легитимацией, а также тиражированием различных клише массового сознания, «проверенных» на больших выборках.

Пятая причина монолитности российского дискурса о наркотиках — чрезмерная зависимость СМИ от первичных определителей ситуации (т. е. тех, кто обладает правом легитимной экспертизы в социальной проблеме наркотиков) — представителей силовых и медицинских ведомств, и отсутствие у большинства журналистов критической позиции по отношению к ним.

Эта ситуация особенно четко прослеживалась в период моральной паники вокруг наркотиков, наблюдавшейся в 1998-2001 гг., после чего положение несколько выровнялось. В настоящее время дискурс СМИ о наркотиках стал заметно более плюралистичным (Мейлахс, 2004).

Шестая причина — консерватизм общественного мнения, особенно избирателей старшего возраста, для которых наркотики продолжают ассоциироваться с заграничной «чумой», а наркопотребители — с «зачумленными».

Седьмая причина — консерватизм политиков, с одной стороны, находящихся под влиянием коллективных представлений о наркотиках, сформированных во времена советского прошлого, а с другой — чувствительных к общественному мнению и в погоне за политическим капиталом не желающих идти на меры, непопулярные в глазах общественности. Наоборот, во времена предвыборных кампаний жесткая позиция в отношении наркотиков служит механизмом привлечения голосов избирателей.

Трудно определить, насколько весома каждая из вышеперечисленных причин, поскольку здесь наблюдается сложный диалектический механизм взаимного влияния факторов. С одной стороны, коллективные представления о наркотиках, десятилетиями существующие в обществе, структурируют дискурсивные практики самых различных институций и факторов (силовые ведомства, органы здравоохранения, СМИ и агенты политического поля). Индивиды, принадлежащие к этим институциям, прошли процесс социализации еще до того, как выбрали свою профессиональную карьеру. В процессе этой социализации они «впитали» доминирующий дискурс о наркотиках, который позже стал транслироваться в соответствующие дискурсивные практики в их деятельности внутри этих институций.

С другой стороны, сам доминирующий дискурс о наркотиках не смог бы существовать, если бы он постоянно не воспроизводился внутри различных профессиональных институций, которые и способствуют сохранению коллективных представлений о них. Невозможно определить, что здесь первично, а что вторично. Во многом это напоминает известную проблему «курицы и яйца». Однако не следует переоценивать влияние различных элит, профессиональных институций и СМИ на коллективные представления, как это делают многие социологи, считающие, что этим группам принадлежит решающая и чуть ли не единственная роль в конструировании социальных проблем и что эти группы жестко формируют представления в общественном сознании о каждой из них. Часто усилия элит и профессионалов навязать свои представления о каком-либо негативном (с их точки зрения) феномене наталкиваются на сопротивление масс: такова была реакция на проблему алкоголя в первые годы перестройки.

5.4. Наркотик как «загрязняющее» вещество, или Куда «исчезают» дети?

Почему же в российском обществе в целом и в сообществе наркологов в частности существует такая непримиримая позиция в отношении употребления наркотиков в немедицинских целях? Выделение наркологов в отдельную категорию обусловлено тем, что они, казалось бы, должны лучше остальных понимать реальные угрозы потребления различных наркотиков, основываясь на рациональных, а не на моралистических соображениях, стремиться к облегчению положения наркозависимых, исходя из принципов медицинской этики, и ставить перед собой достижимые, а не «желательные», утопические задачи. Тем не менее зачастую этого не происходит. В работе «Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур» В. Д. Менделевич (2004) проводит критический анализ принципов современной российской наркологии. Он указывает на ряд парадоксов, стоящих перед российской наркологией, среди которых особо выделяются «парадоксальность принципа цели» и «парадоксальность этических принципов». Парадоксальность принципа цели заключается в том, что российские наркологи ставят перед собой задачи излечения пациентов «любой иеной». Можно сказать, что большинству российских наркологов присуща максималистская позиция — все или ничего. При этом люди, неспособные полностью отказаться от

наркотиков, так сказать, выбрасываются за борт: сохранение, продление и повышение качества их жизни не входят в задачи отечественной наркологии. Парадоксальность принципа цели, когда единственными легитимными субъектами медицинской помощи являются лишь те, кто способен полностью отказаться от употребления наркотиков (несмотря на то, что такие люди составляют меньшую часть из всего количества наркозависимых, нуждающихся в медицинском внимании), тесно смыкается с парадоксальностью этических принципов современной российской наркологии. Последняя видна в том, что врачи ставят перед собой цель действовать не во благо больному, а решать общественные проблемы путем принудительной изоляции своих пациентов (речь идет о принудительном лечении, за которое ратуют многие современные российские наркологи). Тем самым нарушается принцип биомедицинской этики, когда медицинский работник превращается из врача в социального инженера.

Один из ключевых выводов, касающихся ситуации в российской наркологии, что методы ее функционирования на современном этапе сложно оправдать, основываясь исключительно на рациональных соображениях. Трудно их оправдать и исходя из принципов биомедицинской этики. Если даже отечественные наркологи, обязанные по долгу службы обладать наиболее полным знанием о наркомании, оказываются во власти коллективных представлений, оправдывающих репрессивные меры воздействия по отношению к потребителям наркотиков (такие, как их принудительное лечение), то трудно ожидать взвешенного подхода к проблеме наркотиков от более широкой аудитории — «обычных людей».

Невозможно объяснить непримиримую позицию в отношении употребления наркотиков, существующую в российском обществе, исходя из рациональности и логики. Ведь в России свободно продаются легальные психоактивные вещества — алкоголь и никотин, разрушительные последствия употребления которых в социальном масштабе несравненно большие, чем вред, наносимый наркотиками. Есть и другие социальные проблемы, такие как дорожно-транспортные происшествия и пожары, от которых гибнут десятки тысяч людей ежегодно. Но они не сопровождаются таким общественным интересом и таким накалом страстей, что наблюдается при обсуждении проблемы наркотиков.

Одной из важных сторон является анализ механизмов воздействия наркотиков на общественное сознание. Это может звучать как парадокс: принято считать, что наркотики воздействуют на индивидуальное сознание потребителя, но такой взгляд представляется слишком упрощенным, поскольку употребление наркотиков — социальный феномен. Причем феномен, оказывающий подчас не меньшее, если не большее, влияние (пусть и не фармакокинетическое) на сознание тех, кто не употребляет наркотики, чем на психику тех, кто их использует. Действительно, влияние наркотиков на сознание студента, балующегося марихуаной на вечеринках, ограничивается лишь временем ее употребления. Сознание же некоторых активистов антинаркотических движений пронизано проблемой употребления наркотиков настолько сильно, что они решают посвятить «войне с наркотиками» всю свою жизнь.

Для того чтобы попытаться определить механизмы воздействия наркотиков на общественное сознание, попробуем взглянуть на проблему наркотизма с позиции активно развивающейся в последние годы социокультурной теории рисков. В современном обществе понятие риска занимает все более важную роль на арене общественного дискурса. Появилось даже новое название для современного типа общества — «общество риска», введенное в оборот социологом У. Беком (2000) в 1986 г. Концепция риска отлична от понятия опасности: опасность — это то, что существует в объективном мире и несет нам

угрозу, в то время как риск — эта субъективная оценка вероятности того или иною опасного события. Действительно, как пишет Я. Хэкинг (2003), слово «опасность» п различных европейских языках существовало с незапамятных времен, тогда как появление слова «риск», произошедшего от итальянского «rischio», относится лишь к XVI в. Появление «риска» неслучайно — оно совпадает с подъемом «духа капитализма», описанного М. Вебером (1990), сопровождающегося ростом рационализации предпринимательской деятельности. Рациональная экономическая деятельность стала пониматься как антитеза средневековому авантюризму, полагающемуся на фортуну — удачу, шанс. В противовес этому капиталистическое предпринимательство стремилось снизить неопределенность окружающей среды путем расчетов всевозможных рисков, оценки вероятности наступления тех или иных благоприятных и неблагоприятных событий. Как раз в это время появляется институт страхования. К XVII в. *вычисление* стало доминировать над инстинктом, традицией и жизненной мудростью. В 1658 г. выходит первый учебник по теории вероятности, написанный знаменитым физиком X. Гюйгенсом. К 1960-м гг. появились даже новые профессии, занимающиеся «анализом и менеджментом рисков», которые на Западе заняли нишу в самых различных правительственных и неправительственных институциях (промышленных корпорациях, организациях здравоохранения, структурах безопасности). Одним словом, современное общество не просто «боится» опасных событий и «надеется» на то. что они не произойдут, а оценивает и просчитывает вероятность их наступления. В этом смысле концепцию общества риска следует понимать как растущую рефлексивность человечества по поводу всевозможных опасностей, подстерегающих членов человеческих сообществ, появившуюся в результате всевозрастающей рационализации различных сфер человеческой жизни.

В отличие от опасностей, риски не существуют вне нашей оценки и знания о них. Они продукты человеческих вычислений или «прикидок», сделанных для того, чтобы снизить неопределенность окружающего мира. Однако, несмотря на то что эти оценки представляются ценностно-нейтральными и объективными (и различные статистические и математические методы помогают в придании им такой видимости), риски неразрывно связаны с человеческими ценностями и предпочтениями. Риски всегда социально конструируются (что не делает опасности, с ними связанные, менее реальными), и процесс их отбора, суждения по их поводу, распределение ответственности за управление ими и методы их снижения широко варьируются от индивида к индивиду, от группы к группе и от культуры к культуре. Как пишет антрополог М. Дуглас и другие исследователи, риски, которые мы идентифицируем, говорят о наших психологических чертах, культурных предпочтениях, структурах восприятия и институциональной принадлежности не меньше, чем об опасностях, которые существуют во внешнем объективном мире (Douglas, 1992). К примеру, в XIX в. опасность потери чести среди дворянского сословия в России оценивалась гораздо выше, чем опасность потери жизни. Спасая свою честь. люди часто шли на дуэли и *рисковали* жизнью, тогда как в наше время такой этос практически утратил свою значимость.

Таким образом, риск неотделим от ценностей и морали; риск, несмотря на весь флер «объективности» всецело моральная категория. «Нейтральный язык риска — это все то, что у нас есть, для того чтобы связать известные факты существования с конструированием морального сообщества... риск, опасность и грех используются в мире для того, чтобы легитимизировать политику или дискредитировать ее, защитить индивидов от хищнических институций или защитить институции от хищнических индивидов» (Douglas, 1990). Ввиду этого дискурс риска — это одновременно и дискурс ответственности, подотчетности и возмездия. Риск используется как дискурсивная тактика. С ее

помощью мы можем обрушиться на наших оппонентов, обвинив их в проведении политики, представляющей угрозу для некоторых социальных групп или общества в целом. Он также используется и для обвинения индивида в аморальности, если его поведение представляет риск для других индивидов. А. Хант (1999) утверждает, что за последнее столетие в обществе значительно изменились способы моральной регуляции индивидов. В XIX в. «мораль» была особой и самостоятельной категорией: поступки, нарушающие ее, оценивались как «аморальные» без обращения к какому-либо дополнительному ресурсу легитимации. По мере либерализации общества мораль стала функционировать через посредничество других дискурсивных форм, наиболее важные из них — дискурсы «вреда» и «риска». Претендующая на ценностную нейтральность концепция вреда заместила концепцию «чистой» морали во многих сферах человеческой жизни, в результате чего для классификации того или иного поступка как «неправильного» стало нужным доказывать, что он наносит вред другим индивидам.

Концепция вреда играла ведущую роль в категоризации человеческих действий на протяжении большей части XX в. Однако к его концу на первое место вышел дискурс риска: «неправильные» поступки не обязательно должны наносить вред другим индивидам, достаточно, чтобы они содержали в себе риск такого вреда. Как подчеркивает Хант, моральное измерение вовсе не исчезло из оценки различных форм человеческого поведения, оно лишь оказалось погребено внутри дискурсов, чьи характеристики имеют утилитарное обличие ценностной нейтральности (Hunt, 2003).

Экскурс в социокультурную теорию рисков предназначался не для того, чтобы отдать дань последним модным тенденциям мировой социологии. Тема дискурса риска непосредственно связана с целью данной главы — определить механизмы воздействия наркотиков на общественное сознание. Трудно не согласиться с тем, что употребление ряда наркотиков сопряжено с опасностями. Более того, потребители таких наркотиков часто представляют опасность не только для себя, но и для окружающих. Другое дело, что эти опасности возникают в первую очередь не из-за употребления наркотика как такового, а из-за их криминализации, вследствие чего цены на наркотики достигают немыслимых высот и зависимый потребитель вынужден прибегать к различных криминальным деяниям, чтобы обеспечить себя материальными ресурсами для приобретения наркотиков. Может быть, именно опасностью, таящейся в наркотиках и их потребителях, можно объяснить столь выраженную эмоциональную реакцию отторжения, какую они вызывают у большинства населения России? Однако опасностей в жизни много, и на многие из них мы просто не обращаем внимания, хотя некоторые вызывают у членов общества крайне сильную эмоциональную реакцию (волнение, страх, ненависть). Например, одно из легальных психоактивных веществ — алкоголь — подобной реакции не вызывает. Несмотря на то что совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения за период с января по ноябрь 2005 г. оказалось лишь 0,4% от всех выявленных лиц, совершивших какие-либо преступления. Тогда как доля «пьяной» преступности составила в среднем 21,2% всех преступлений (официальная статистика МВД РФ).

Можно долго перечислять опасности, грозящие людям: такие как техногенные и природные катастрофы, глобальное потепление климата, вирусные инфекции, дорожно-транспортные происшествия, болезни и т. п. Но они, однако, не сопровождаются приступами общественной паники наподобие периодически возникающих по поводу наркотиков в России, Америке и других странах. Так что же характеризует опасности, которые переживаются членами данного сообщества особенно остро? Что отличает, выделяет их настолько, что связанные с ними риски входят в «портфель рисков» этого сообщества?

Вслед за М. Дуглас (1982) Я. Хэкинг определяет «портфель рисков» как набор надежд (но в особенности и страхов), которые воздействуют на коллективные чувства с большой силой, вызывают особую обеспокоенность и порождают сильное желание что-либо сделать в их отношении (Hacking, 2003). Можно согласиться с мнением Дуглас и Хэкинга, связывающих остроту восприятия рисков с моральными критериями человеческих сообществ. Так, К. Лаптон полагает, что «риски, получающие наибольшее внимание в какой-либо культуре, — это те, что связаны с легитимизирующими моральными принципами [этой культуры]». «В сердце этих "рисков" лежат эмоциональные измерения, вызванные посягательством, трансгрессией: злость, волнение, фрустрация, ненависть, ярость, страх» (Lupton, 1999).

Схожим образом в работе «Риск и грязь» Я. Хэкинг пишет, что для вхождения какого-либо из рисков в «портфель рисков» данного общества опасность, с ним связанная, должна интерпретироваться как атака на «чистоту этого общества», как угроза его реального или символического загрязнения (Hacking, 2003). Что подразумевают выражения «чистота общества» и «символическое загрязнение общества»? Чистота и загрязнение — две стороны одной медали — культуры, и первая немыслима без второй. Дуглас считает, что правила загрязнения — это практически универсальный механизм для определения коллективной идентичности общества, для его чувства самовосприятия.

В различных сообществах есть разные загрязняющие вещества, на которые наложены табу: у мусульман это алкоголь и свинина, у иудеев — свинина и другие «некошерные» продукты. Такие табу придают этим сообществам специфическую коллективную идентичность и отделяют их от других. В то же время правила соблюдения чистоты регулируют сообщества изнутри, по их соблюдению судят о соответствии индивида моральным стандартам этого клана, народа и т. д. Э. Дюркгейм называл моральным порядком общества систему восприятия и классификации реальности, которая регулирует, структурирует и организует отношения в этом сообществе. Соответственно, любое общество имеет символические и моральные границы, т. е. линии, позволяющие включать в него полноправных членов и исключать чужаков, как внешних, т. е. отличных по территориальной принадлежности, так и внутренних — не соответствующих моральным стандартам этого сообщества. Такие линии могут быть выражены через нормативные запреты (табу), культурные аттитюды и практики, отделяющие «нас» от «них».

Бинарная оппозиция «мы» и «они» является базовой, она и делает возможной саму концепцию социальной идентичности. Моральные границы — это один из видов символических границ, определяемых как система различений, используемых для категоризации объектов, людей, практик, а также пространства и времени. На макросоциологическом уровне работа по поддержанию моральных границ, по включению и исключению ведется для сохранения внутреннего порядка в сообществе, часто — с помощью принуждения к следованию коллективным нормам. Правила загрязнения и поддержания чистоты — это как раз функциональные механизмы «граничной работы», обеспечивающие сохранность символических границ сообщества.

Когда моральные границы проходят период переоценки и ревизии, что часто происходит во время кризисов или революций, такая неопределенность может привести к возникновению паники и требованиям укрепить моральные границы сообщества. Так. например, моральная паника по поводу молодежных беспорядков в Англии, по мнению автора этой концепции С. Коэна (Cohen, 1973), — реакция на меняющийся в 1960-е гг. статус молодежи. Попытки криминализации либерального дискурса о наркотиках, наблюдавшиеся во время российской моральной паники по этому поводу, на мой взгляд, объясняются следующим. Меры, предлагаемые в рамках этого дискурса, направлены на

снижение отрицательных *последствий* наркотизации, таких как смерть от передозировок, сопутствующие заболевания, преступность вокруг наркотиков. Но они не предлагают главного (с точки зрения тех, кто принимает участие в конструировании моральной паники вокруг наркотиков) — защитить *моральные границы,* являющиеся важнейшим объектом паники. Как раз традиционная мораль в рамках либерального дискурса терпит поражение, а моральные границы, регулирующие легитимное и нелегитимное удовольствие, оказываются пересеченными и переопределенными. Именно такая ситуация кризиса существовала в России середины 1990-х гг. во времена всплеска интереса прессы к наркомании.

Социальная функция моральных паник состоит в защите моральных границ сообщества, а способами этой защиты служат различные стратегии амплификации (увеличения) рисков явления, вокруг которого разгорается моральная паника. Можно выделить следующие дискурсивные стратегии (Мейлахс, 2004):

1) спираль сигнификации — способ сигнификации (обозначения) общественных проблем, цель которого — увеличение воспринимаемой угрозы путем отождествления сигнификатора с более острой социальной проблемой (например, называть употребление наркотиков «чумой», «национальной катастрофой»);

2) конвергенция проблем, которая происходит, когда в процессе сигнификации два вида активности связываются между собой с целью увеличения эффекта и размера опасности. Например, наркотерроризм (проблема наркотиков путем сигнификации связывается с проблемой терроризма), наркоинтервенция (наркотики^ интервенция);

3) автоматическая проблематизация имеет место, когда с.проблемой наркотиков автоматически (само собой разумеющимся образом) связываются другие социальные проблемы, например, преступность и СПИД;

4) социальная работа по категоризации, в результате которой все люди, употребляющие любые наркотики с любой частотой, относятся к одной категории — «наркоманы»;

5) селективная типизация. Так, например, СМИ подают преступления, связанные с употреблением наркотиков, случаи тяжких преступлений (убийства) как типичные, о них пишется больше всего, в то время как доля наркозависимых, совершивших такого рода преступления, крайне мала.

Стратегии амплификации рисков часто достигают поставленной цели — сформировать у населения чувство страха и подвигнуть его к одобрению репрессивных мер в отношении «народных дьяволов», т. е. тех, кому приписывается персональная ответственность за сложившуюся ситуацию. Так, в исследовании отношения родителей и школьников к различным аспектам криминальной и медицинской моделей наркомании, нами установлено: чем в более негативном свете видит ситуацию респондент, тем в большей степени он поддерживает расход государственных средств на ужесточение борьбы с потребителями наркотиков. Это справедливо как для группы родителей, так и для группы школьников.

Как отмечает Ч. Критчер (2003) в работе «Моральные паники и медиа», современные моральные паники имеют тенденцию концентрироваться вокруг темы детей и детства. Работы Дж. Беста «Дети под угрозой: риторика и беспокойство о детях-жертвах» (1993), Ф. Дженкинса «Моральная паника: изменяющаяся концепция педофила в Америке» (1998), «Педофилы и священники: анатомия современного кризиса» (2006) и других авторов показывают, как тема детства эксплуатируется моральными антрепренерами для создания различных моральных паник: вокруг похищения детей, педофилии, насилия над детьми (child abuse), компьютерных игр и т. п. Искусственное происхождение

паник не означает, что этих явлений не существует. Моральная паника свидетельствует лишь о повышенном и неподкрепленном объективными данными восприятии их рисков. Это обстоятельство неслучайно. Для объяснения этого феномена необходимо вновь обратиться к тезису о том, что риски, переживаемые в обществе, особенно остро воспринимаются относительно того, что связано с правилами чистоты и загрязнения, регулирующими его (общества) моральные границы.

Традиционно в культурах большинства народов мира (в том числе и российской) дети выступают символом чистоты. Наркотики как раз и являются тем загрязняющим веществом, которое разлагает «нравственность наших детей», покушается на их чистоту (а значит, и на чистоту самого сообщества). Вот мнение юриста, профессора Л. И. Романовой (2003): «Страшнее всего, что наркомания и наркотизм разрушили нравственное сознание людей». Я. Хэкинг отмечает, что война с наркотиками презентируется в основном не как борьба с реальными угрозами от наркотиков: ее риторика — это риторика символического загрязнения (Hacking, 2003). Наркотики и наркоманы «загрязняют наших детей, делают из них ничего не соображающих зомби, способных на все для добычи наркотиков — для них уже не существует никаких преград и моральных ограничений, все их действия подчинены одному — поиску наркотиков». При этом к загрязненным детям уже нет жалости, «грязные дети» приобщают к наркотикам «чистых детей».

Символически чистое существо — ребенок — исчезает, и на его месте возникает символически и физически нечистое существо — «грязный наркоман». Именно этот символизм может объяснить, почему в общественном сознании, равно как и в доминирующих медицинском и криминальном дискурсах о наркомании, практически не существует разделения потребителей наркотиков на зависимых от них и употребляющих их эпизодически, а есть лишь «наркоманы»: и первые, и вторые уже подверглись ритуальному осквернению наркотиками и лишились своеобразной антинаркотической девственности.

Дискурсы о «чистых» детях, которым угрожают наркобароны и наркоманы, и дискурсы о «грязных» наркоманах, способных на все ради дозы и совращающих «чистых детей», сосуществуют как бы в разных плоскостях. Дети воспринимаются исключительно в качестве объекта «наркоугрозы», а «наркоманы» — в качестве ее носителей. То, что «наркоманы» — это тоже очень часто дети, причем вчерашние «чистые» дети, хоть и признается на фактическом уровне в декларациях о том, что «наркомания — это болезнь молодых», но отрицается на уровне символическом: дети-наркоманы оказываются лишенными чистоты, т. е,, по сути, и самого статуса детства. Именно так «исчезают» дети, рискнувшие попробовать наркотики. Они подвергаются дискурсивному ритуалу «символического ограбления», в ходе которого у них отбирается один из главных символов детства — чистота, после чего все они автоматически превращаются в монолитную категорию постоянных носителей угрозы — «наркоманов». С ними же, теми, кто атакует детство, церемониться не следует.

Схожая ситуация наблюдалась и с попытками введения уроков сексуального просвещения в России. В работе «Публичное пространство в дискурсе российского неоморализма» (Мейлахс, 2004) прослеживается, как тема сексуального образования презентовалась на страницах российских изданий. Проекты, касающиеся сексуального просвещения школьников в России, первоначально были восприняты благосклонно. Опубликовано несколько статей, доказывающих необходимость такого воспитания. Однако через годполтора ситуация начала меняться. Стало появляться все больше статей клеймсмейкеров (главным образом священников и педагогов), утверждавших, что такие программы «сеют разврат и учат школьников различным извращениям». По мнению И. Кона, против сексуального просвещения был объявлен «крестовый поход».

Моральная паника вокруг наркотиков, дебаты по поводу проектов сексуального просвещения и другие «битвы за моральные границы», затрагивающие такие темы, как порнография и гомосексуальность, происходили в определенном социальном контексте — на подъеме волны неоморализма. Это означало постепенный откат от перестроечных либеральных ценностей и одновременно возврат к старым советским принципам, соединение их с «новой русской идеей православия» и возвращение к «русским корням». Все это — общественный фон, характеризующий постельцинскую Россию.

Таким образом, можно подойти к объяснению парадоксального (с рациональной точки зрения) факта — столь сильного воздействия наркотиков на общественное сознание россиян. Для подавляющего большинства из нас наркотики являются «загрязняющим» веществом, с помощью которого ведется атака на чистоту общества, и в первую очередь на один из символов этой чистоты — детей. Исходя из этой позиции, совсем неудивительно, что проблемы, связанные с употреблением алкоголя, не вызывают такого всплеска эмоций, как феномен употребления наркотиков. И это — несмотря на то, что отрицательные последствия и опасности (но не риски!) для социума его злоупотребления многократно превышают связанные с наркотизмом. Алкоголь традиционно присутствует в российской культуре и поэтому не является «загрязняющим» веществом, скорее, наоборот, его употребление служит одним из маркеров российской национальной идентичности. Именно поэтому «непьющие» в нашем обществе часто сталкиваются с подозрительностью, а иногда и отторжением в различных социальных средах. Их отказ употреблять алкоголь выглядит как нарушение культурных кодов, характеризующих российскую национальную идентичность.

5.5. Моральные границы: фиксация на старом или восприятие нового?

Из рассуждений о том, как наркотики воздействуют на общественное сознание, можно сделать неверный вывод, что само понятие моральных границ обладает отрицательной коннотацией и что защита моральных границ непременно ассоциируется с чем-то репрессивным и авторитарным, с борьбой автономного индивида против подавляющего его социума. Это совершенно не так. Любое сообщество характеризуется определенными моральными границами и не может существовать без них. Так, для либерального общества фашизм и расовая нетерпимость — такие же «загрязняющие» феномены, как наркотики или сексуальные меньшинства для тоталитарных обществ. Взрыв коллективных чувств либералов по поводу проявлений антисемитизма или атак на иностранных студентов также обусловлен не рациональными, а моральными соображениями. Общество немыслимо без морали (о чем не уставал повторять Э. Дюркгейм) и, безусловно, должно отстаивать определенные моральные принципы, характеризующие его моральный порядок, защищать себя от индивидов, его разрушающих (террористов, убийц, насильников). Когда общество борется с потребителями наркотиков, это происходит в первую очередь не из-за вреда здоровью и угрозе безопасности для других членов этого общества, а из-за атаки на его «чистоту» и моральные границы. В этом контексте важно определить механизмы воздействия наркотиков на общественное сознание и показать, что рациональные соображения «вреда» и «риска» здоровью используются сторонниками репрессивного подхода к наркотикам в качестве дискурсивного ресурса, скрывающего их подлинные мотивы: защиту «чистоты» общества. Никакого «имморализма» из этого не следует. Самая либеральная политика в отношении наркотиков будет основываться на моральных воззрениях. Речь идет о том, какими должны быть эти моральные основания.

«Неоморалисты» стараются защитить моральные границы «старого» советского общества тоталитарного образца, отличавшегося нетерпимостью к любым проявлениям «инаковости». Во-первых, их представления о морали и нравственности не соответствуют нормативным принципам открытого общества, где правам индивида отводится не меньшее место, чем его обязанностям, а моральные принципы поведения являются предметом его личного выбора, пока они не нарушают права других людей. При этом хочется подчеркнуть понятие «нарушают», а не «представляют риск», поскольку категория «потенциальный преступник» (одна из наиболее часто встречающихся в определении потребителей наркотиков) — это юридический нонсенс. В определенных обстоятельствах большинство из нас могут совершить преступление, так что почти все в каком-то смысле могут быть охарактеризованы как «потенциальные преступники». Преступник становится преступником, только когда он преступил закон, а не в состоянии это сделать. Из этого не следует и принятие принципа безграничного индивидуализма, когда права индивида являются единственным моральным принципом, организующим сообщество, а интересы сообщества в целом игнорируются.

Э. Дюркгейм (2002) писал по этому поводу: «Если, например, в известный момент общество в целом теряет из виду священные права индивида, то нельзя ли его поставить на место, напомнив ему, насколько уважение этих прав тесно связано со структурой великих европейских обществ, с нашей ментальностью в целом, так что отрицать эти права под предлогом общественных интересов — значит отрицать наиболее существенные общественные интересы?»

Во-вторых, репрессивные меры в отношении потребителей наркотиков нарушают принцип равенства, когда одни члены общества вольны в неограниченных количествах потреблять легальные психоактивные вещества (несмотря на весь спектр рисков, с ними связанных), а другие не могут этого сделать лишь в силу традиционных представлений о типах «загрязняющих» веществ.

Совмещая это наблюдение с первым, можно сказать, что потребители спиртного и никотина не несут никакой ответственности за риск и «потенцию совершить преступление», а на потребителей наркотиков (в том числе и менее опасных для здоровья, чем алкоголь) такая ответственность возлагается.

В-третьих, наркозависимые — это больные люди (по крайней мере, считаются таковыми и в силовых, и в медицинских институциях социального контроля), а одним из атрибутов «роли больного» является снятие ответственности (юридической) за свою болезнь.

В-четвертых, моральные границы, постулирующие «нулевую толерантность» в отношении употребления каких-либо наркотиков в любой форме, не соответствуют реалиям современного российского общества, когда около 50% процентов молодежи, пробовавшей наркотики, и каждый пятый, употребляющий их с той или иной степенью регулярности, оказываются за рамками закона.

Иными словами, принцип «нулевой толерантности» криминализирует огромное количество российских граждан исключительно за то, что те потребляют «загрязняющие» психоактивные вещества. Итак, моральные границы, отстаиваемые сторонниками репрессивного подхода к наркотикам, оказываются «мертвыми» и отжившими, они не отражают реальных жизненных практик современных поколений российской молодежи. Употребление различных наркотиков молодежью, причем в достаточно значимых масштабах, — это данность современных обществ европейского типа. И силы общественных институтов должны быть направлены не на «искоренение» или «радикальное снижение» наркотизации (что цивилизованными методами сделать невозможно), а на умень-

шение отрицательных последствий, с ней связанных (что не отменяет необходимости первичной профилактики наркомании).

Таким образом, необходима коррекция моральных границ нашего общества в направлении их приспособления к существующим российским реалиям, а не в ригидной фиксации на старых и недостижимых идеалах. Как писал Э. Дюркгейм, противоречие между старыми, отжившими нормами и сложившимися реальными общественными условиями приводит к состоянию социальной аномии, чреватой суицидами, маргинализацией различных общественных групп и росту преступности. Старые нормы перестают эффективно выполнять свою регулирующую функцию, новые еще не сложились, и индивид оказывается в «подвешенном» состоянии отсутствия ориентиров, направляющих его поведение. Попытки свести наркотизм на нет и возродить реально действующие (т. е. регулирующие поведение подавляющего большинства членов сообщества) нормы «нулевой толерантности» без параллельного отката к тоталитарному обществу не представляются возможными. Стало быть, необходимо общественное переосмысление моральных границ, а не бескомпромиссное отстаивание старых. К тому же моральные паники наподобие той, что наблюдалась в конце 1990-х гг.. — не лучшее средство сохранения моральных границ вообще, в чем бы они ни заключались (Мейлахс, 2003). Они уводят общество от рациональной рефлексии по поводу той или иной проблемы и сводят всю сложность социального бытия в эмоциональную плоскость ненависти и негодования.

Однако известно, что общество одобряет репрессивные меры в отношении наркозависимых и поддерживает прогибиционистскую политику государства. Не является ли тогда либерализация антинаркотической политики антидемократической? В каком-то смысле да. В этой связи можно лишь процитировать Э. Дюркгейма, ученого, которого никак нельзя обвинить в безграничном либерализме и пренебрежении правами коллектива: «Мы, стало быть, совсем не обязаны в области морали покорно подчиняться общественному мнению. В некоторых случаях мы можем считать себя даже как бы призванными восставать против него. В самом деле, может случиться так, что, основываясь на каком-то из мотивов, которые только что были указаны, мы сочтем своим долгом бороться против моральных идей, которые, с нашей точки зрения, устарели, являются уже не более чем пережитками».

Кроме того, в нашем обществе постепенно происходит трансформация отношения к потреблению наркотиков. В проведенном исследовании отношения родителей и школьников к криминальной и медицинской моделям наркомании найдены заметные различия между этими категориями респондентов. Несмотря на то что криминальная модель наркополитики находит большую поддержку как среди родителей, так и среди школьников, хотя в последней группе она пользуется заметно меньшим влиянием, чем в первой. Отношение школьников к потребителям наркотиков — в целом значительно более гуманное, чем у поколения их родителей.

Представляется, что причины этого лежат в различных условиях социализации поколений. Мировоззрение родителей формировалось во времена советского режима, известного своим репрессивным отношением к различным уязвимым группам, в том числе и к наркозависимым, доминированием коллективистской идеологии и презрением к индивидуалистским ценностям человеческой жизни, а также ригидным морализмом. Поэтому они оказались более восприимчивы к утверждениям-требованиям клеймсмейкеров, строящих свои дискурсивные и недискурсивные стратегии на основе репертуара понятий криминального дискурса, чем учащиеся. Социализация молодого поколения проходила в новых социальных условиях постперестроечной России, когда ценное™ соблюде-

ния прав человека, гуманного отношения к уязвимым группам, индивидуализма и плюрализма в области морали заняли устойчивое место в риторических стратегиях множества клеймсмейкеров, в том числе и агентов различных государственных институций. Кроме того, сами жизненные практики современной российской молодежи сегодня гораздо более плюралистичны и диверсифицированы, чем у поколения ее родителей. Монолитная культура «советского человека» и «советской молодежи» оказалась раздробленной на многочисленные пестрые фрагменты молодежных субкультур, в том числе и таких, где употребление тех или иных видов наркотиков вполне приемлемо. Такое «опривычивание» наркотизации может вести к более толерантному отношению к самим наркотизирующимся, и они перестанут представляться загадочными и непостижимыми «чужими», олицетворяющими моральное разложение общества, а будут восприниматься либо как «нормальные» развлекающиеся (если потребление ими наркотиков не выглядит как проблемное), либо как нуждающиеся в помощи «свои».

Определенный сдвиг в моральных границах нашего общества налицо, и перед ним назрела необходимость выбора: либо отстаивать устаревшие и недостижимые нормы путем репрессивной антинаркотической политики, либо адаптироваться к переменам и приспосабливать эту политику к реально сложившейся ситуации с наркотиками.

ГЛАВА 6

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

6.1. Принципы правового регулирования оказания медицинской помощи

Значимость правового регулирования оказания медицинской помощи определяется следующими обстоятельствами. Первое: право на охрану здоровья — одно из важнейших конституционных прав. Оно может быть реализовано только при надлежащем закреплении в отраслевом законодательстве. Второе: при оказании медицинской помощи затрагиваются многие права граждан, например право на сохранение врачебной тайны, право на получение информации, необходимой для добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство. Реализация указанных прав, помимо закрепления в федеральном законодательстве, предполагает разработку соответствующих ведомственных нормативных правовых актов. Третье: оказание медицинских услуг — это огромный рынок, участники которого находятся в неравных условиях, поскольку жизнь и здоровье не имеют цены. Придать цивилизованный и как можно более гуманный характер этому рынку удастся только с помощью норм права.

В случае оказания наркологической (аддиктологической) помощи можно выделить еще одно обстоятельство. Права и свободы человека и гражданина в Российской Федерации могут быть ограничены только федеральным законом в строго установленных им (законом) случаях. Наличие наркологического диагноза существенно ограничивает права гражданина:

- не позволяет заниматься определенными видами профессиональной деятельности и деятельностью, связанной с источником повышенной опасности, например управлять собственным автомобилем;
- служит основанием для лишения родительских прав;
- является медицинским противопоказанием для усыновления ребенка или установления над ним опеки либо попечительства;
- служит основанием для ограничения дееспособности гражданина и установления над ним попечительства, если «злоупотребление спиртными напитками или наркотическими средствами» приводит к тому, что его семья оказывается в тяжелом материальном положении.

Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции РФ, федеральных законов, правовых актов исполнительной власти (постановлений Правительства РФ, приказов министерств), уставов (Конституций) субъектов Федерации, региональных законов и нормативных правовых актов региональных органов исполнительной власти. Базовым нормативным актом в области медицинского права стали Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья (далее Основы). Основы закрепили принципы организации ох-

раны здоровья граждан; права граждан при оказании медицинской помощи, включая положение о добровольности ее оказания (правовым основанием для медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие гражданина или его законного представителя). С учетом особенностей ряда заболеваний, требующих специального правового регулирования (прежде всего необходимости недобровольного медицинского вмешательства в целях защиты интересов самого больного и других граждан), положения Основ о недобровольном медицинском вмешательстве получили развитие в Законе РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон о психиатрической помощи), а также в Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Для регулирования специфических отношений, возникающих при оказании отдельных видов медицинской помощи, а также при особой социальной значимости заболевания оказание медицинской помощи регулируется «специальными» законодательными актами, например Законом РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» или Федеральным законом от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Наркологические заболевания имеют чрезвычайную социальную значимость. Специфический характер правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи, обусловлен изменениями личности и нарушениями поведения, характера человека, что ограничивает способность этих больных осознанно руководить своими поступками при принятии решения о медицинском вмешательстве. Также необходимо учитывать, что больные с наркологическими заболеваниями могут быть опасны для окружающих вследствие их высокой криминальной активности.

Однако значение адекватного правового регулирования оказания наркологической помощи недооценивается. Об этом свидетельствует отсутствие главы о правовом регулировании оказания наркологической помощи в фундаментальном учебнике С. Г. Стеценко «Медицинское право».

6.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве

Постановлением Верховного Совета РФ от 22 июля 1993 г. № 5494-1 была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации». Согласно Концепции, мероприятия по контролю за наркотиками должны осуществляться на основе единой государственной политики. Лечение и социальная реабилитация больных наркоманией рассматривались как одно из основных направлений государственной политики в этом аспекте. К числу первоочередных задач антинаркотической политики Концепция относила совершенствование медицинских и юридических подходов к раннему выявлению незаконных потребителей наркотиков, выделение групп населения с повышенным риском незаконного потребления наркотиков и дифференцированное проведение в отношении таких лиц предупредительных мероприятий, а также — развитие законодательства, регламентирующего лечение больных наркоманией и социальную реабилитацию наркоманов.

К сожалению, большинство положений Концепции остались нереализованными. Вместо сбалансированного применения воспитательных и принудительных мер основной акцент делается на уголовно-правовые средства противодействия незаконному обороту наркотиков. При этом не уделяется должного вниманля м*-рам по снижению спро-

са на психоактивные вещества, профилактике наркотизма и лечению больных. Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 сентября 2005 г. № 561 утверждена Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 г.». Программа предусматривает разработку в период с 2005 по 2009 г. на федеральном и региональном уровнях нормативной правовой базы наркологической службы, а в 2005 г. — разработку правовых, организационно-методических, терапевтических аспектов системы обязательного лечения больных наркоманией. Задача, поставленная программой на 2005 г. в части разработки правовых оснований обязательного лечения, не была решена.

Оказание наркологической помощи больным наркоманией регламентируется Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В преамбуле этого Закона указано, что он «устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности». Таким образом, предметом правового регулирования ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» является оборот определенной группы веществ, «подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации». Отмеченное обстоятельство сближает данный Закон с Федеральным законом от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», который создает правовую основу деятельности субъектов обращения лекарственных средств и распределяет полномочия органов исполнительной власти в сфере обращения лекарственных средств.

ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» не создает нормативно-правовой базы для оказания наркологической помощи. Сделать указанный вывод позволяют следующие обстоятельства.

- Предметом правого регулирования Закона является оборот наркотических средств и психотропных веществ, а не оказание медицинской помощи наркологическим больным.
- Вне области правового регулирования Закона оказались наиболее распространенные виды наркологической патологии — алкоголизм и токсикомании.
- Вопросам организации наркологической помощи в Законе уделено недостаточное внимание (6 из 59 статей), поэтому многие важные проблемы лечения больных наркоманией и после принятия Закона остались неурегулированными.
- Многие статьи, в которых рассматривается порядок оказания медицинской помощи больным наркоманией, имеют бланкетный (отсылочный) характер. Так, п. 5 ст. 44 и ст. 56 Закона устанавливают, что порядок медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения, а также порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Тем самым вопросы, непосредственно затрагивающие гражданские права и свободы больных наркоманией, регулируются не Законом, а решением федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, что вряд л и допустимо.
- Не все понятия, используемые в Законе, достаточно точно и полно определены, что неизбежно затрудняет их реализацию. Например, согласно ст. 55 лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и му-

ниципальной систем здравоохранения. Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация наркоманов могут проводиться в лечебно-профилактических учреждениях независимо от формы собственности. Отсутствие законодательного разграничения указанных понятий является одной из причин того, что лечением больных наркоманией в настоящее время занимается множество физических и юридических лиц, которым Закон не разрешает оказание данного вида медицинской помощи. Отдельные положения ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» грубо противоречат действующему в настоящее время и действовавшему ранее законодательству. Так, п. 3 ст. 54 Закона устанавливает, что больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера. Однако по действовавшему ранее уголовному законодательству (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ), принудительные меры медицинского характера могут быть применены только к лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ норма о принудительном лечении алкоголизма и наркомании осужденных была из Уголовного кодекса исключена, а принудительное лечение заменено обязательным лечением осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

В Законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» законодатель продемонстрировал «нормотворческии авантюризм», предприняв попытку походя, между делом решить сложные вопросы, относящиеся к другим областям права. Так, ст. 50 Закона устанавливает возможность наблюдения заходом социальной реабилитации лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Это наблюдение влечет запрет посещать определенные места, ограничивает возможность пребывания вне дома после определенного времени суток, требует получения разрешения органов внутренних дел на выезд в другую местность. Наблюдение устанавливаться судом в отношении лиц, совершивших тяжкие или особо тяжкие преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, после их освобождения из мест лишения свободы. Нечеткость использованных в данной статье формулировок не позволяет установить, о каких лицах идет речь. Если лицо освобождено судом от дальнейшего отбывания наказания условно-досрочно, то, согласно ч. 2 ст. 79 УК, суд вправе возложить на осужденного широкий перечень обязанностей, способствующих достижению целей наказания. В этом случае норма ст. 50 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» представляется излишней, поскольку дублирует соответствующие положения УК РФ. Если законодатель имел в виду лиц, полностью отбывших назначенное наказание, то положения рассматриваемой статьи превращаются в дополнительное наказание, действующим Уголовным кодексом непредусмотренное. Тем самым ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» прямо вторгается в область уголовного законодательства. При этом законодатель забыл указать в Законе такие «мелочи», как:

- дать определение понятия «социальная реабилитация», наблюдение за которой установлено в данной статье;
- установить максимальную длительность наблюдения за ходом социальной реабилитации и возможность продолжения наблюдения за ее ходом после снятия или погашения судимости;
- определить процессуальный порядок назначения и прекращения наблюдения за ходом социальной реабилитации.

Вызывает сомнения и круг лиц, в отношении которых возможно установление наблюдения за ходом социальной реабилитации. Представляется, что медико-социальная реабилитация, осуществляемая при контроле со стороны органов внутренних дел, необходима для лиц, совершивших преступления вследствие злоупотребления ПАВ.

Примером вторжения в области права, не имеющие ни малейшего отношения к оказанию наркологической помощи, является также ст. 44 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Согласно данной статье, для установления факта наркотического опьянения, употребления наркотических средств или психотропных веществ, диагностирования заболевания наркоманией, возможно медицинское освидетельствование лица «по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи». Нечеткость формулировок статьи не позволяет сделать вывод, является ли данное освидетельствование принудительным, т. е. исполняется вопреки воле лица. С одной стороны, указание на судебное обжалование решения об освидетельствовании говорит о принудительном характере его исполнения. С другой стороны, не установлены санкции за отказ от прохождения освидетельствования, а также механизм недобровольного исполнения, что характерно для добровольного медицинского вмешательства.

Положения ст. 44 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» вторгаются в сферу гражданского, административного и уголовного права, поскольку выявление наркотического опьянения и заболевания наркоманией значимы для этих областей права. Констатация наркотического опьянения или установление заболевания наркоманией в гражданском, административном и уголовном праве рассматриваются как доказательства. Процесс получения доказательств детально регламентирован нормами Гражданско-процессуального и Уголовно-процессуального кодексов, положениями раздела IV «Производство по делам об административных правонарушениях» Кодекса об административных правонарушениях РФ (КоАП РФ). Так, в КоАП РФ включена статья 27.12, являющаяся правовым основанием проведения недобровольного медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих механическими транспортными средствами. Вследствие указанных выше обстоятельств ст. 44 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» никогда на практике не применялась и применяться не будет, поскольку отсутствует самостоятельный предмет правового регулирования.

Собственно вопросам оказания наркологической помощи в Законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» посвящены три статьи. В статье 54, помимо ошибочного утверждения о возможности принудительного лечения больных наркоманией, уклоняющихся от лечения или продолжающих злоупотреблять наркотиками, содержится положение о том, что больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Тем самым законодатель распространил на оказание наркологической помощи больным наркоманией общие нормы Основ, исключая возможность установления специального правового регулирования, которое больше соответствует специфическому характеру регулируемых правоотношений.

Статья 56 Закона является отсылочной, она устанавливает, что порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Такой подход законодателя представляется ошибочным. Во-первых, вопросы, прямо затрагивающие права граждан, регулируются не федеральным законом, а ведомственным нормативным актом, что не способствует приоритетной защите прав граждан. Во-вторых, ве-

домственные нормативные акты разрабатываются крайне медленно. Так, положение о медицинском наблюдении за больными наркоманией и учете больных наркоманией до настоящего времени отсутствует. Можно отметить еще один недостаток Закона. При решении вопроса об организации лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками, он не дифференцирует две существенно различающиеся друг от друга группы потребителей ПАВ:

1) лиц, у которых уже сформировалась лекарственная зависимость (больные наркоманией);
2) лиц, которые хотя и допускают потребление психоактивных веществ, но наркоманией или токсикоманией еще не страдают (эпизодические потребители). Не являясь больными наркоманией, о которых говорится в главе VII Закона, они тем не менее нуждаются в медико-социальной помощи.

Наряду с рассмотренными выше общими вопросами правового регулирования оказания наркологической помощи в действующем законодательстве выделяются специальные случаи оказания такой помощи. К специальным случаям можно отнести медицинское освидетельствование состояния опьянения (МОСО), оказание наркологической помощи осужденным и несовершеннолетним и анонимное лечение. При оказании этих видов наркологической помощи возникают свои специфические проблемы правового регулирования.

6.3. Медицинское освидетельствование состояния опьянения

Одним из наиболее распространенных видов медицинского вмешательства в наркологии является диагностика состояния опьянения (экспертиза опьянения). Во многих случаях состояние опьянения рассматривается как административное правонарушение (потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, управление судном в состоянии опьянения, управление транспортным средством в состоянии опьянения, появление в общественных местах в состоянии опьянения, появление несовершеннолетних в состоянии опьянения), поэтому экспертиза опьянения имеет существенное значение для административной практики.

Действия медицинского работника, МОСО, регулируются правовыми нормативными актами в области здравоохранения, а также положениями Кодекса об административных правонарушениях (КоАП РФ). К сожалению, нормы КоАП РФ, определяющие проведения МОСО, отличает непоследовательность, что порождает трудности в их применении как для медицинских работников, так и для сотрудников правоохранительных органов. Очевидно, что для выявления состояния опьянения необходимо использование специальных знаний в области наркологии или психиатрии, которыми лицо, осуществляющее производство по делу об административном правонарушении, не обладает. Только специальные знания позволяют дифференцировать опьянение от динамического нарушения мозгового кровообращения, гипертонического криза, последствий приема лекарственных средств, обладающих седативным действием, психических расстройств или вегетативных проявлений бурных эмоциональных реакций (если освидетельствование производится после ДТП). Основная форма привлечения сведущих лиц (использования специальных знаний) в процессе судопроизводства — назначение судебной экспертизы. Статья 26.4 КоАП предусматривает возможность назначения экспертизы в случае привлечения человека к административной ответственности. Вопрос об обязательном привлечения сведущих лиц для диагностики опьянения с юридической точки зрения не имеет однозначного решения.

Так, согласно ч. 1 ст. 179 УПК, для выявления состояния опьянения проводится медицинское освидетельствование, если для этого не требуется производство судебной экспертизы. Таким образом, УПК РФ относит решение вопроса о необходимости использования специальных знаний для проведения МОСО к усмотрению правоприменителя. Следователь, не имеющий медицинских знаний, вправе констатировать состояние опьянения самостоятельно. Он может привлечь для этого врача любой специальности, а не только нарколога или психиатра. Наконец, следователь вправе назначить экспертизу и поручить ее производство психиатру-наркологу.

Появление на рабочем месте в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения ст. 81 Трудового кодекса РФ относит к основаниям для расторжения трудового договора по инициативе работодателя. При этом факт опьянения может быть установлен не только в результате МОСО, но и на основании заключения медицинскою работника, не имеющего специальной подготовки, или описания состояния человека (неадекватное поведение, нарушение координации движений, запах алкоголя и т. п.) в акте, составленном лицами, не имеющими медицинского образования (должностные лица, другие работники).

КоАП РФ относит МОСО, наряду с доставлением в орган внутренних дел, административным задержанием и личным досмотром, к мерам обеспечения безопасности. Указанные меры применяются для пресечения правонарушения, установления личности нарушителя, обеспечения своевременного и правильного рассмотрение дела, а не для получения доказательств. Собственно меры обеспечения — это отстранение от управления транспортным средством и направление на МОСО, предусмотренные той жест. 27.12 КоАП, что и производство МОСО. Отнесение МОСО к мерам обеспечения, а не к экспертизе вынудило законодателя установить особый порядок проведения МОСО. Согласно ч. 6 ст. 27.12 КоАП, порядок производства МОСО и оформление его результатов устанавливается Правительством РФ. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2002 г. № 930 устанавливает основные правила проведения освидетельствования, которые детализируются в приказе Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

Решение законодателя об использовании для проведения МОСО нового, отличного от экспертизы, института применения специальных знаний при производстве по делам об административных правонарушениях, следует признать ошибочным. Закономерное следствие такого подхода — нарушение прав граждан (в том числе и прав пациентов, закрепленных в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) и неопределенность правового регулирования. Так, согласно п. 12 Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2002 г. № 930, единственным основанием проведения химико-токсикологического исследования является беспомощное состояние водителя транспортного средства, исключающее возможность медицинского освидетельствования. Сам освидетельствуемый лишен права потребовать проведения химико-токсикологического исследования. В сельской местности при невозможности проведения МОСО врачом разрешается осуществлять освидетельствование фельдшеру, имеющему соответствующую специальную подготовку (п. 7 Правил). Установление опьянения подразумевает обязательное исключение иных причин, вызывающих клинически сходные нарушения. Возможность фельдшера провести дифференциальную диагностику указанных состояний вызывает сомнения. Осуществление МОСО фельдшером Постановлением не рассматривается как основание для обязательного химико-токсикологического исследования.

4 Зак 3806

Согласно п. 6 Правил, МОСО проводится врачом, имеющим соответствующую специальную подготовку. Этот порядок противоречит ст. 54 Основ, согласно которой право на занятие медицинской деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Специальная подготовка, предусмотренная Правилами, не является послевузовским или дополнительным образованием. Таким образом, в Правилах необходимо указать, врачи каких специальностей (в соответствии с Номенклатурой специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Минздрава России от 27 августа 1999 г. № 337) вправе проводить МОСО.

Приложением № 7 к Приказу Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» утверждена Программа подготовки врачей (фельдшеров) по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами, рассчитанная на 36 часов. Вызывает сомнения возможность использования одной программы подготовки для врачей и фельдшеров. Кроме того, изучению клиники алкогольного, наркотического и токсического опьянения в Программе посвящено лишь одно из 20 включенных в нее занятий, а дифференциальная диагностика опьянения не рассматривается вообще.

Процессуальный статус медицинского работника, производящего МОСО, в КоАП РФ не определен. Это не может быть эксперт, поскольку экспертиза проводится на основании определения, а не протокола, как МОСО. Этот медицинский работник также не является специалистом, т. к. функции специалиста в административном процессе ограничены участием в проведении действий в целях обнаружения, закрепления и изъятия доказательств.

Лицо, проводящее МОСО, не будучи экспертом, не несет установленной в КоАП РФ ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за уклонение от исполнения своих обязанностей. Процедура получения проб биологических сред для проведения химико-токсикологического исследования в рамках МОСО не имеет четкого нормативно-правового регулирования (порядок взятия проб и образцов определяется ст. 26.5 и 27.10 КоАП), что создает благоприятные условия для ошибок и фальсификации результатов исследования.

Неопределенность правового регулирования проявляется в том, что законодатель связал регламентацию проведения МОСО со специальной нормой — ст. 27.12 КоАП, определяющей порядок отстранения от управления транспортным средством. Постановление Правительства РФ, изданное в соответствии с п. 6 ст. 27.12 КоАП, утвердило Правила медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управляющего транспортным средством, и оформления его результатов. Таким образом. Правилами регламентируется порядок МОСО только водителей автомототранспортных средств. Как должно констатироваться состояние опьянения судоводителя или иного лица, управляющего судном? Как должно констатироваться незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ? Как должно устанавливаться состояние опьянения несовершеннолетнего до 16 лет и состояние опьянения, оскорбляющее человеческое достоинство? Вероятно, во всех этих случаях должна назначаться экспертиза. Однако

законодатель, создав упрощенный порядок МОСО водителей автомототранспортных средств, ставит под сомнение этот вывод.

Неопределенность нормативно-правового регулирования диагностики состояния опьянения связана и с непоследовательностью нормотворческой деятельности Минздрава России. Приказом Минздрава СССР от 1 сентября 1988 г. № 06-14/33-14 были утверждены «Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и методические указания «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения». Пункт 3 Временной инструкции предписывал при производстве освидетельствования состояния опьянения руководствоваться Приказом Минздрава СССР от 8 сентября 1988 г. № 694 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» (данный приказ устанавливал форму Протокола медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения (форма № 115/у)), а также действующими методическими указаниями по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. Приказом Минздрава России от 21 июня 2003 г. № 274 Приказ Минздрава СССР от 8 сентября 1988 г. №694 был признан недействующим. Изданный несколько позже Приказ Минздрава России от 12 августа 2003 г. № 399 Временную инструкцию «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и методические указания «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения», утвержденные Приказом Минздрава СССР от 1 сентября 1988 г. №06-14/33-14, признавал не действующими на территории Российской Федерации лишь в части медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами.

Формально Временная инструкция и Методические рекомендации могут применяться для установления неалкогольного опьянения, а также для диагностики алкогольного опьянения у всех лиц, кроме водителей транспортных средств. Однако на практике сделать это не представляется возможным, поскольку Приказ Минздрава СССР от 8 сентября 1988 г. № 694, определяющий форму Протокола медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, с 21 июня 2003 г. не применяется на территории Российской Федерации. Заметим, что, согласно Методическим рекомендациям, «для подтверждения диагноза наркотического или токсикоманического опьянения наряду с подробным описанием клинических симптомов опьянения необходимы результаты химических исследований, подтверждающих потребление освидетельствуемым конкретного вещества, оказывающего наркотическое или токсикоманическое воздействие, и на основании которых выносится заключение о наркотическом опьянении или опьянении, вызванном потреблением других одурманивающих средств».

Закон Российской Федерации от 18 апреля 1991 г. «О милиции» установил, что милиция вправе проводить в установленном законом порядке освидетельствование лиц, подозреваемых в совершении преступления, либо в отношении которых имеется повод к возбуждению дела об административном правонарушении, либо направлять или доставлять данных лиц в медицинское учреждение для определения наличия в организме алкоголя или наркотических средств, если результат освидетельствования необходим для подтверждения или опровержения факта правонарушения или объективного рассмотрения дела о правонарушении (п. 19 ст. 11). То есть сотрудники милиции имеют право проводить освидетельствование двух категорий лиц: подозреваемых в совершении пре-

ступления и лиц, в отношении которых имеется повод к возбуждению дела об административном правонарушении. За счет второй группы круг лиц, подлежащих возможному освидетельствованию, чрезвычайно расширяется, поскольку административным правонарушением является переход дороги в неустановленном месте или безбилетный проезд. Так как порядок освидетельствования, проводимого сотрудниками милиции для установления опьянения, не определен, то на практике под «проведением освидетельствования» понимается составление протокола о направлении лица на медицинское освидетельствование при наличии внешних признаков опьянения (Письмо МВД России от 18 июня 2003 г. № 13/ц-72 о направлении Методических рекомендаций по организации деятельности подразделений Госавтоинспекции при производстве по делам об административных правонарушениях в области дорожного движения).

6.4. Оказание наркологической помощи осужденным

По данным криминальной статистики, в 2003 г. в Российской Федерации в состоянии алкогольного опьянения совершили преступления 296 689 лиц, а в состоянии наркотического— 7238 лиц, что, соответственно, составило 24 и 0,6% от числа всех выявленных преступников. Причем в состоянии алкогольного опьянения было совершено 66,8% убийств, 67,0% изнасилований. 64,2% причинения тяжкого вреда здоровью. Для значительной части осужденных, больных алкоголизмом и наркоманией, важнейшие цели наказания — исправление и предупреждение совершения новых преступлений — не могут быть достигнуты без применения мер медицинского характера. Именно этим обстоятельством определялось закрепление в УК РФ института принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманией, соединенного с исполнением наказания. Основания и порядок применения принудительных мер медицинского характера определялись УК РФ и УПК РФ. Указанные меры назначались судом на основании заключения экспертов. Однако Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ, фактически создавшим новую редакцию УК РФ, этот правовой институт был ликвидирован, на смену ему пришло обязательное лечение осужденных.

Согласно новой редакции ч. 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ (УИК РФ), к осужденным, больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, отбывающим наказание в виде лишения свободы, «по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение». Законодатель, заменяя принудительное лечение алкоголизма и наркомании обязательным лечением, считал эту замену равноценной. Для оценки обоснованности такого предположения необходимо проанализировать правовую природу обязательного лечения. В федеральном законодательстве, регулирующем порядок оказания медицинской помощи, понятие «обязательное лечение» не используется. Оно встречается только в УИК РФ, где содержание этой меры, основания и цели ее применения не раскрываются.

Центральная проблема регламентации обязательного лечения — вопрос о возможности его проведения без добровольного информированного согласия осужденного. Недобровольное медицинское вмешательство (без согласия лица или его законного представителя) возможно лишь в случаях, специально установленных федеральным законодательством. Основания и порядок оказания медицинской помощи без согласия граждан определяются ст. 34 Основ. Недобровольное медицинское вмешательство возможно в трех случаях: 1) наличие у лица заболевания, представляющего опасность для окружающих; 2) наличие у лица тяжелого психического расстройства; 3) совершение лицом общественно опасного деяния.

Алкоголизм и наркомания не включены в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный Постановлением Правительства РФ от I декабря 2004 г. №715, формально они не признаются психическими расстройствами. В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, применяются принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленном УК РФ и УПК РФ. Таким образом, обязательное лечение не может быть отнесено ни к одной из предусмотренных действующим законодательством форм недобровольного медицинского вмешательства. В ст. 34 Основ также закреплен общий порядок проведения недобровольного медицинского вмешательства: решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения без согласия гражданина принимается врачом (консилиумом врачей), а решение о недобровольной госпитализации и лечении гражданина судом. Обязательное лечение нарушает эту установку, поскольку назначается по решению комиссии врачей.

Анализ законодательства, регламентирующего порядок оказания медицинской помощи, дает основание утверждать, что обязательное лечение осужденных должно осуществляться на основании их добровольного информированного согласия. На любом этапе такого лечения больной вправе отказаться от его продолжения. Улиц, осужденных к лишению свободы, возможности свободного волеизъявления существенно ограничены. Особенность правового статуса осужденного — наличие закрепленных в законе дополнительных требований к его поведению — порядка отбывания наказания, установленного УИК РФ и Правилами внутреннего распорядка, утверждаемыми Минюстом РФ. К злостным нарушениям установленного порядка отбывания наказания в виде лишения свободы ч. 1 ст. 116 УИК РФ наряду с неповиновением представителям администрации, организацией забастовок, хранением или передачей запрещенных предметов относит уклонение от обязательного лечения. За подобные нарушения осужденный может быть водворен в штрафной изолятор на срок до 15 суток; переведен в помещение камерного типа или в одиночную камеру на срок до шести месяцев; либо переведен в единое помещение камерного типа на срок до одного года. Наложение взыскания за злостное нарушение установленного порядка отбывания наказания практически исключает возможность условно-досрочного освобождения или замены неотбытой части наказания более мягким. Таким образом, уклонение или отказ осужденного от обязательного лечения влечет для него столь существенные негативные последствия, что не позволяет рассматривать согласие осужденного к лишению свободы на такое лечение как добровольное. Следовательно, обязательное лечение фактически является недобровольным медицинским вмешательством.

При назначении и проведении недобровольного медицинского вмешательства в форме принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, права осужденных, больных алкоголизмом и наркоманией, были достаточно полно защищены. Принудительные меры медицинского характера назначались и прекращались судом на основании заключения экспертов, имели четко определенные в УК РФ цели и основания назначения. Широкий круг прав, которыми УПК РФ наделяет обвиняемого (подсудимого), ответственность экспертов за дачу заведомо ложного заключения, судебная процедура назначения принудительных мер медицинского характера — все это служило гарантией законности и обоснованности назначения указанных мер.

Абсолютно иная ситуация имеет место в случае недобровольного медицинского вмешательства в форме обязательного лечения осужденных к лишению свободы, которое проводится без решения суда на основании заключения медицинской комиссии. Законодатель не определил цели и причины применения обязательною лечения, поряд-

ка его прекращения, не установил меры, гарантирующие законность и обоснованность назначения осужденному обязательного лечения.

Отказ от института принудительного лечения осужденных, больных алкоголизмом и наркоманией, свидетельствует о появлении в законотворчестве тенденции к расширению оснований для недобровольного лечения психических расстройств без решения суда. Указанная тенденция противоречит и признанию защиты прав человека в качестве одного из основополагающих принципов права, и рассмотрению решения суда в качестве единственно возможного основания для ограничения конституционных прав граждан.

При условном осуждении (ч. 5 ст. 73 УК) и условно-досрочном освобождении (ч. 2 ст. 79 УК) суд может возложить на осужденного исполнение любых обязанностей, способствующих достижению целей наказания. Среди этих обязанностей в Кодексе прямо указана обязанность пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании. Возложение обязанности пройти курс наркологического лечения сходно с обязательным лечением. Осужденный может отказаться от исполнения этой обязанности, что повлечет за собой отмену условного осуждения или условно-досрочного освобождения. В Уголовном кодексе использовано не имеющее нормативного закрепления и общепринятого значения понятие «курс лечения». На практике курс лечения определяется на основании Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных, утвержденных Приказом Минздрава России от 28 апреля 1998 г. № 140, после чего обязанность, возложенная судом, считается выполненной. Очевидно, что амбулаторное лечение в течение 15-30 дней или пребывание в стационаре в течение 30-45 дней без последующего динамического наблюдения не гарантирует не только излечения от алкоголизма или наркомании, но даже формирования устойчивой ремиссии. Таким образом, неопределенность терминологии превращает обязанность осужденного пройти по решению суда курс лечения от алкоголизма или наркомании в пустую формальность.

6.5. Оказание наркологической помощи несовершеннолетним

Порядок оказания наркологической помощи несовершеннолетним, включая проведение медицинского освидетельствования состояния опьянения, определяется ст. 24 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Согласно общему правилу правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него обладают несовершеннолетние старше 15 лет. В случае заболевания наркоманией несовершеннолетние приобретают это право в 16 лет.

Таким образом, в случае злоупотребления подростка алкоголем и одурманивающими веществами основанием для оказания ему наркологической помощи, а также МОСО является согласие его родителей или иных законных представителей. К иным законным представителям закон относит усыновителей, опекунов и попечителей, включая администрацию интернатных учреждений (приюты, детские дома, школы-интернаты и др.), в которых эти несовершеннолетние находятся на полном государственном обеспечении.

Приказом Минздрава РФ от 14 июля 2003 г. № 307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним» осмотр врачом психиатром-наркологом включен в схему обследования беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних при поступлении в лечебно-профилактические учреждения. Совместным Приказом Минздрава РФ № 414, МВД РФ № 633 от 20 августа 2003 г. «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутрен-

них дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел» руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации предписано организовать оказание психиатрической и наркологической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Указанные приказы не уточняют порядка получения добровольного информированного согласия на оказание медицинской, в том числе и наркологической, помощи беспризорным несовершеннолетним.

Для беспризорных детей с момента их выявления (доставления в отделение милиции или медицинское учреждение) до помещения в специализированное учреждение на полное государственное обеспечение функцию законного представителя выполняет орган опеки и попечительства. Только инспектор по охране детства как представитель органа опбки и попечительства может дать согласие на наркологическое освидетельствование не достигшего установленного законом возраста беспризорного подростка, доставленного в отдел внутренних дел. На это обстоятельство указано в письме Минздрава РФ от 29 мая 2002 г. № 2510/5415-02-32 «Об оказании медицинской помощи безнадзорным и беспризорным детям с наркологическими заболеваниями». В Письме подчеркивается, что после достижения установленного в ст. 24 Основ возраста наркологическое освидетельствование и помещение в наркологический стационар возможно только на добровольной основе, что достигается путем проведения последовательной и настойчивой психотерапевтической работы, проводимой врачом психиатром-наркологом и другими специалистами по месту пребывания ребенка. Вопрос о неотложном медицинском вмешательстве без согласия лица или его законного представителя, согласно ст. 32 Основ, решается консилиумом, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Совместный Приказ Минздрава РФ № 414, МВД РФ № 633 от 20 августа 2003 г. предусматривает составление в органе внутренних дел акта выявления и учета беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего. Указанный акт является документом, фиксирующим факт выявления безнадзорного или беспризорного ребенка, доставление его в орган внутренних дел и помещение (отказа в помещении) в лечебно-профилактическое учреждение. Основанием для медицинского вмешательства без согласия несовершеннолетнего или его законного представителя этот акт, а равно «направление» на наркологическое освидетельствование, данное сотрудником органа внутренних дел, не является.

Следует отметить неудачную формулировку ч. 2 ст. 24 Основ: «Несовершеннолетние больные наркоманией в возрасте старше 16 лет... имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него». Эта норма допускает несколько толкований. При узком толковании повышение возраста добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство для подростков, больных наркоманией, относится только к оказанию наркологической помощи, а при широком — к любому медицинскому вмешательству. Также неточным является понятие «несовершеннолетний-больной наркоманией». Оно может охватывать только случаи зависимости с формированием синдрома отмены, любые проявления синдрома зависимости либо любые проявления синдрома зависимости и случаи пагубного (с вредными последствиями) употребления наркотических средств и психотропных веществ. Отмеченные проблемы трактовки и, соответственно, применения связаны с употреблением законодателем понятия «больной наркоманией», отсутствующего в МКБ-10.

6.6. Анонимное оказание наркологической помощи

Приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 327 утверждено Положение об анонимном лечении в наркологических учреждениях и подразделениях. На обращающихся за анонимной медицинской помощью больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией заводится индивидуальная карта амбулаторного или стационарного больного, куда вносятся названные больным фамилия, возраст и место проживания без предъявления документа, удостоверяющего личность. В положении нет указаний на то, что анонимное лечение оказывается только как платная медицинская услуга, но также нет указаний на источник финансирования кабинетов анонимной наркологической помощи. На практике это приводит к тому, что анонимная наркологическая помощь оказывается только за плату.

Издание данного приказа означает, что наркологические учреждения не гарантируют своим пациентам строгого соблюдения требований Основ о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина. Фактически признается, что сохранение врачебной тайны в наркологических учреждениях возможно только путем искажения сведений о пациенте в медицинской документации. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, иные правовые нормативные акты в области здравоохранения не знают такой формы оказания медицинской помощи, как анонимное лечение. Попытка сконструировать в Приказе новый вид оказания медицинской помощи привела к тому, что многие положения этого документа вступают в противоречие с нормами действующего законодательства.

Лицо, обращающееся за анонимной медицинской помощью, не предоставляет в медицинское учреждение документально подтвержденных сведений о своем возрасте. Согласно ст. 24 Основ, лечение алкоголизма и токсикомании проводится на основании согласия лица, достигшего 15-летнего возраста, а наркомании — лица, достигшего 16-летнего возраста. Отсутствие достоверных сведений о возрасте пациента может приводить к тому, что 14-15 летние подростки, самостоятельно обратившиеся в наркологические учреждения, будут лечиться без согласия законных представителей. И наоборот, подростки 16-17 лет, обратившиеся в наркологические учреждения в сопровождении взрослых лиц, будут лечиться по требованию этих лиц, а не на основании собственного желания. Кроме того, взрослое лицо, сопровождающее подростка, может и не быть законным представителем несовершеннолетнего.

При обращении за анонимной медицинской помощью больной не предоставляет документа, удостоверяющего его личность. Анонимное лечение в подавляющем большинстве является платной медицинской услугой, поэтому отношения больного и медицинского учреждения регулируются не только законодательством о здравоохранении. но и нормами гражданского права. Между больным и наркологическим учреждением заключается договор о возмездном оказании услуг. Однако вследствие анонимности в медицинской документации и в договоре указываются вымышленные данные о личности пациента. Отмеченное обстоятельство лишает больного возможности защитить свои права в случае некачественного оказания услуг, выполнения услуг в меньшем объеме или отказа от их выполнения, причинения вреда его здоровью, поскольку он не может доказать, что договор был заключен именно с ним, и именно ему на основании данною договора оказывалась наркологическая помощь.

При анонимном лечении алкоголизма, наркомании и токсикомании Приказ запрещает выписывать лекарственные средства, включенные в списки II и III наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в Российской Федерации. Этот

запрет не соответствует требованиям действующего законодательства. Согласно ст. 31 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», при лечении больных наркоманией запрещается использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II. Таким образом, при лечении больных алкоголизмом и токсикоманией в наркологических учреждениях возможно использование любых разрешенных к применению лекарственных средств, а при лечении больных наркоманией— психотропных веществ, включенных в список III.

Приказ запрещает выдавать больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, анонимно получающим медицинскую помощь, документы, подтверждающие их лечение на анонимной основе. Это положение ущемляет права больных. В Российской Федерации употребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача запрещено. За нарушение указанного запрета установлена административная ответственность, от которой лицо, согласно примечанию к ст. 6.9 КоАП, может быть освобождено в случае добровольного обращения за медицинской помощью. Больной не имеет возможности пройти лечение анонимно, поскольку не получит соответствующий документ. Тем самым нарушается право больного на выбор врача, а также на выбор лечебно-профилактического учреждения, закрепленное в ст. 30 Основ. *i*

В свою очередь, при анонимном получении лицом наркологической помощи компетентные органы не смогут получить информации об этом даже в случаях, установленных в ст. 61 Основ, например, при проведении военно-врачебной экспертизы, расследовании уголовного дела, рассмотрении судом гражданского дела. Приказ допускает возможность анонимного стационарного лечения. Длительность этого лечения ограничивается только финансовыми возможностями пациента, что превращает данный вид анонимной наркологической помощи в идеальный способ скрываться от розыска.

6.7. Содержание понятия «наркологическая помощь»

Алкоголизм (наркомания, токсикомания) — это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекаете фазами обострений и ремиссий. Ведущие расстройства при этом заболевании — патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. В процессе заболевания у больного возникают расстройства личности, в тяжелых случаях достигающие выраженности слабоумия, а также развиваются соматоневрологические осложнения и нарушения социального функционирования.

Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи. Поэтому важный принцип оказания этого вида медицинских услуг— комплексность терапии. Данный принцип подразумевает необходимость сочетания биологических, психотерапевтических и реабилитационных методов на всех этапах лечения; коррекцию не только наркологических, но психических, соматических и социальных нарушений. В каждом конкретном случае удельный вес используемых медикаментозных и немедикаментозных методов определяется вкладом в механизм заболевания биологических и социально-психологических факторов. С учетом особенностей клинической картины наркологического расстройства формируется программа терапии. Реабилитационные мероприятия необходимы при всех вариантах течения заболевания, причем проводятся они преимущественно на более отдаленных этапах терапии.

У больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией можно выделить пять групп расстройств, коррекцию которых проводят врачи разных специальностей:

1) собственно наркологическая симптоматика (проявления синдрома зависимости) — врач психиатр-нарколог;
2) эмоциональные, интеллектуальные и личностные нарушения — врач-психиатр и врач-психотерапевт;
3) поражения внутренних органов — врач-терапевт;
4) поражения нервной системы — врач-невропатолог;
5) нарушения социального функционирования — как врач-психотерапевт, реабилитолог, так и специалисты без медицинского образования (психологи, социальные работники).

Многообразие клинических проявлений наркологических заболеваний обусловливает необходимость привлечения к терапевтическому и реабилитационному процессу широкого круга специалистов, деятельность которых имеет различную нормативно-правовую регламентацию. Так, лечение собственно наркологической патологии у больных наркоманией регулируется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», а у больных алкоголизмом и токсикоманией — не имеет специальной регламентации. Лечение психических нарушений при всех видах наркологической патологии, а также оказание психотерапевтической помощи регулируется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Нормами этого же Закона регламентируется деятельность врачей-психотерапевтов (психотерапевт - это врач психиатр, прошедший дополнительную профессиональную подготовку и получивший соответствующий сертификат) при коррекции психических расстройств и нарушений поведения, а также в процессе реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ. Лечение соматических и неврологических расстройств, обусловленных длительной интоксикацией ПАВ, регулируется нормами Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Нормативно-правовая регламентация коррекции нарушений социального функционирования или реабилитации в настоящее время разработана явно недостаточно и не отвечает потребностям практики. Можно выделить три основных варианта проведения реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ.

1. Реабилитация осуществляется в государственном, муниципальном или негосударственном медицинском учреждении. В этом случае вне зависимости оттого, кто в ней участвует (медицинские работники, например психотерапевт, реабилитолог, или специалисты, не являющиеся таковыми, например психологи или социальные работники), она регламентируется законодательством и правовыми нормативными актами о здравоохранении.

2. Реабилитация осуществляется вне государственного или муниципального медицинского учреждения, например, в учреждении социального обслуживания населения или ином учреждении, деятельность которого подлежит лицензированию. В этом случае процесс реабилитации регламентируется в зависимости от имеющейся лицензии законодательством о социальном обслуживании (Федеральный закон от 10 декабря 1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»), об образовании (Закон РФ от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании») и пр. Если между лицом (его законным представителем) и учреждением заключается договор на оказание услуг по реабилитации, то в этом случае права получателя услуги будут защищаться нормами гражданского права и Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей». Штатное расписание ряда учреждений социального обслуживания населения предусматривает наличие в них врачей и среднего медицинского персонал (Примерные положения о специализированных учреж-

дениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, утверждены Постановление Правительства РФ от 27 ноября 2000 г. № 896). Однако вопрос о правовом регулировании их деятельности, включая необходимость получения учреждением соответствующей лицензии, не урегулирован.

3. Реабилитацией больных алкоголизмом и наркоманией активно занимаются общественные организации, например общества самопомощи (Анонимные алкоголики и Анонимные наркоманы) и религиозные организации. В этих случаях процесс реабилитации не имеет никакой нормативной регуляции, а права пациентов защищены в наименьшей степени.

Обращает на себя внимание отсутствие системного подхода Минздрава к формированию нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи. Это проявляется в том, что одни вопросы детально регламентированы, а другие, нередко более актуальные и значимые, остались вне сферы ведомственного нормотворчества. В Номенклатуре работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 26 июля 2002 г. № 238 (в редакции Приказа от 27 октября 2003 г. № 502) как самостоятельные виды медицинской деятельности, подлежащие лицензированию, выделены работы и услуги по экспертизе медицинской безопасности на водном, воздушном, железнодорожном транспорте (06.031); работы и услуги по предварительным и периодическим медицинским осмотрам (06.033); работы и услуги по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств (06.034). Проведение предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств детально регламентируется письмом Минздрава России от 21 августа 2003 г. № 2510/9468-03-32 «О предрейсовых медицинских осмотрах водителей транспортных средств».

Успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи. Однако указанная деятельность не требует лицензирования, если осуществляется вне рамок амбулаторно-поликлинической или стационарной наркологической помощи, как «прочие виды работ и услуг». В условиях недостаточной правовой регламентации социальной работы и практически полного отсутствия таковой в области психологической коррекции это приводит к бесконтрольной деятельности юридических и физических лиц, занятых реабилитацией наркологических больных и оказанием им психологической помощи.

В Положении о наркологическом реабилитационном центре, утвержденном Приказом Минздрава России от 18 марта 1997 г. № 76, указано, что основным звеном реабилитационного центра, «осуществляющим реабилитационные и психокоррекционные программы для больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями», является отделение социальной и медицинской реабилитации. Это отделение «работает в режиме круглосуточного наркологического стационара». Тем самым деятельность реабилитационного центра с организационно-правовой точки зрения сводится к оказанию стационарной медицинской помощи (05.022, работы и услуги по специальности психиатрия-наркология). С таким подходом трудно согласиться, поскольку он не позволяет учесть специфику организации реабилитационного процесса и психокоррекционной помощи. О существовании указной специфики свидетельствует выделение специальных программ последипломной профессиональной подготовки психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе («Психотерапия, психокоррекция и другие немедикаментозные методы лечения в процессе реабилитации больных наркологического профиля» и «Реабилитация в наркологии и наркологические реабилитационные центры»), утвержденных Приказом Минздрава России от 17 декабря 1997 г. № 373.

6.8. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи

Относительно развития нормативно-правовой регламентации оказания наркологической помощи существуют три точки зрения:

1) для оказания наркологической помощи достаточно действующего законодательства, Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», Основы создают необходимую нормативную базу;

2) оказание наркологической помощи должно осуществляться на основании Закона о психиатрической помощи после внесения в него соответствующих изменений и дополнений;

3) для оказания наркологической помощи должен быть разработан самостоятельный Федеральный закон.

Представленный выше анализ ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» свидетельствует о наличии в главах VI и VII этого закона существенных недостатков, что исключает возможность использования его на практике. Основы законодательства о здравоохранении не учитывают специфику наркологической патологии. Следовательно, проблема правовой регламентации оказания наркологической помощи сводится к выбору между внесением изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи и разработкой самостоятельного закона, например закона о медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Решение указанного вопроса осложняется тем, что Закон о психиатрической помощи не дает четкого определения понятия «психическое расстройство». Из преамбулы и ч. 1 ст. 1 этого Закона следует, что психическим расстройством является такое нарушение психического здоровья, вследствие которого «может измениться отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку». В ч. 1 ст. 10 Закона о психиатрической помощи установлено, что «диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами». Такими стандартами следует считать критерии, включенные в Международную классификацию болезней. С 1998 г. в Российской Федерации действует Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где имеется специальный раздел «Психические расстройства и расстройства поведения», адаптированный с учетом традиций отечественной психиатрии. В нем перечислены все возможные формы психических заболеваний и описаны их основные проявления. В класс V (F) «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 включен раздел F1 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ», который охватывает все формы наркологической патологии от неосложненной острой интоксикации и злоупотребления ПАВ без явлений зависимости до тяжелой зависимости, психотических нарушений и деменции. Отмеченное обстоятельство дает основание отнести наркологические заболевания к психическим расстройствам. Если учесть, что наркологическая патология относится к психическим расстройствам, то, согласно ч. 2 ст. 1 и ч. 1 ст. 3 Закона о психиатрической помощи, наркологические больные являются лицами, страдающими психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, регламентируемая указанным Законом.

В пользу применения для регламентации оказания наркологической помощи норм Закона о психиатрической помощи можно привести следующие аргументы. Алкоголизм, наркомания и токсикомания меняют отношение человека к жизни, самому себе и

обществу, а также отношение общества к человеку, что, согласно преамбуле указанного закона, является главной особенностью психических расстройств. В основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности — неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки.

Использование норм Закона о психиатрической помощи позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации, соответствующие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в содержании этой меры будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода помощи в форму социальной изоляции наркоманов обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

В. Е. Пелипас и И. О. Соломонидина(2004) отмечают еще ряд оснований для распро странения норм Закона о психиатрической помощи на наркологическую патологию:

- неразрывная связь психиатрии и наркологии (выделение наркологической службы из психиатрии в 1976 г. преследовало цель создания приоритетного развитая наркологии в условиях роста заболеваемости алкоголизмом);
- подготовка психиатров-наркологов ведется на основе базовых знании по психиатрии;
- наркологические заболевания, так же как и психические расстройства, носят системный, хронический, прогредиентный характер, их исходом может быть тяжелая инвалидизирующая психическая патология (деменция).

С. Н. Шишков (2001) справедливо полагает, что необходимость и целесообразность закрепления в законе особых форм оказания медицинской помощи обусловлены нали чием юридически значимых особенностей у конкретного заболевания или группы забо леваний. В связи с этим определим юридически значимые особенности психических расстройств и наркологической патологии. Спецификой психических расстройств Шиш ков считает вызываемое указанными заболеваниями нарушение способности больного «адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками». Данная особенность характерна и для наркологической патологии. Нарушения отража тельной деятельности и поведения у душевнобольных — достаточные основания для законодательного закрепления возможности недобровольного медицинского вмешатель ства. Еще одной юридически значимой особенностью всех психических расстройств, включая наркологическую патологию, является отнесение их к социально значимым заболеваниям (Перечень социально значимых заболеваний утвержден Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715). Согласно ст. 41 Основ, лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь, и они бесплатно или на льготных условиях обеспечиваются диспансерным наблюдением в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

Закон о психиатрической помощи выделяет следующие особенности диспансерного наблюдения:

- оно устанавливается в случае хронического, затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27);
- диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи (ч. 3 ст. 26);
- для лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, установлен упрощенный порядок недобровольного психиатрического освидетельствования (ч. 1 ст. 24).

Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом определяется Федеральным Законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»:

- диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия больных или их законных представителей (п. 2 ст. 9);
- лицам, находящимся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, установлены дополнительные меры социальной поддержки, например обеспечение бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях (п. 4 ст. 14) и предоставление вне очереди отдельных жилых помещений больным заразными формами туберкулеза (п. 5 ст. 14);
- лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, обязаны проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия; выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций во время нахождения в таких организациях; выполнять санитарно-гигиенические правила, установленные для больных туберкулезом, в общественных местах (ст. 13);
- больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования или лечения туберкулеза, на основании решения суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации в недобровольном порядке (п. 2 ст. 10).

Действующее законодательство устанавливает для находящихся на диспансерном наблюдении больных туберкулезом более жесткие правоограничения, чем для психически больных, за которыми установлено такое же наблюдение. Так, в случае диспансерного наблюдения на больных туберкулезом возлагаются определенные обязанности.

По Закону о психиатрической помощи основаниями для недобровольной госпитализации считаются наличие у больного тяжелого психического расстройства и возможность проведения обследования или лечения больного только в стационарных условиях (ст. 29). В случае психических расстройств законодатель, устанавливая основания для недобровольного медицинского вмешательства, учитывает тяжесть психической патологии, ограничивающей возможность осознанного волеизъявления, и приоритет интересов больного. При туберкулезе основаниями для недобровольной госпитализации считается наличие заразной формы туберкулеза, неоднократное нарушение санитарно-противоэпидемического режима и умышленное уклонение от обследования или лечения туберкулеза. Таким образом, законодатель при применении недобровольного медицинского вмешательства исходит из необходимости предотвратить распространение заболевания, т. е. из приоритета интересов здоровых лиц. Принудительная госпитализация осуществляется в отношении лиц, сохранивших способность к осознанной регуляции поведения, но вследствие своего

асоциального поведения создающих опасность для окружающих. Тем самым недобровольное медицинское вмешательство выступает в качестве альтернативы иным формам государственного принуждения (административной или уголовной ответственности). Представляется, что отказ от привлечения больных туберкулезом в случае их асоциального поведения к административной или уголовной ответственности и помещение их по решению суда в специализированный стационар для недобровольного лечения больше соответствует интересам самих больных и общества в целом.

Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» был принят через девять лет после Закона о психиатрической помощи. Для Закона о психиатрической помощи характерно сбалансированное отношение к защите прав меньшинства (больных) и большинства (здоровых), основанное на положении ч. 3 ст. 17 Конституции Российской Федерации, утверждающем, что «осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц». Принятый в первые годы демократических преобразований Закон о психиатрической помощи исходил из приоритета интересов душевнобольных, что затрудняет здоровым лицам защиту своих прав в случае конфликта с психически больными, особенно в тех случаях, когда больной не наблюдается у психиатра.

Как уже отмечалось выше, наркологическая патология отнесена к социально значимым заболеваниям. Эти больные, так же как и лица с психическими расстройствами, имеют право на медико-социальную помощь, должны бесплатно или на льготных условиях обеспечиваться диспансерным наблюдением в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях. Сходство юридически значимых особенностей психических расстройств и зависимости от ПАВ определяется еше и тем, что синдром зависимости нарушает способность больного адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками, Так, в адаптированном варианте Класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10, предназначенном для обязательного использования в учреждениях, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь в Российской Федерации, отмечены следующие диагностических характеристики синдрома зависимости:

- трудно преодолимая тяга к приему ПАВ, которая наиболее отчетливо проявляется при абстинентном синдроме и обусловливает безуспешность попыток прекратить или уменьшить прием ПАВ;
- снижение способности контролировать прием ПАВ, продолжение приема ПАВ вопреки явным вредным последствиям;
- поглощенность употреблением ПАВ, проявляющаяся в отказе ради приема ПАВ от иных интересов и альтернативных наслаждений.

С. Н. Шишков (2000) полагает, что нормы Закона о психиатрической помощи в «части добровольных психиатрических мер распространяются на лиц с наркологическими заболеваниями без изъятий», а недобровольная психиатрическая помощь этим больным может оказываться лишь в тех случаях, когда наркологическая патология достигает выраженности «тяжелого психического расстройства, лишающего больного способности к осознанно-волевой регуляции своего поведения». Из этого следует, что недобровольное психиатрическое вмешательство у наркологических больных возможно только в случае психотических расстройств или деменции.

Представляется, что подобная позиция игнорирует основную, ядерную симптоматику синдрома зависимости, который сам по себе существенно ограничивает способность больного осознанно руководить своим поведением. Анозогнозия, характерная для зависимости от ПАВ, не позволяет таким людям адекватно оценивать тяжесть своего

заболевания, необходимость обращения за наркологической помощью. Кроме того, эта точка зрения не основана на требованиях Закона о психиатрической помощи и отражает традиционную позицию судебных психиатров. Действительно, недобровольное психиатрическое освидетельствование может быть проведено в тех случаях, когда есть основание полагать наличие тяжелого психического расстройства. Тяжелое психическое расстройство также является условием недобровольной госпитализации в психиатрический стационар до постановления судьи. Однако Закон о психиатрической помощи и иные нормативные правовые акты не дают легального определения понятия «тяжелое психическое расстройство». Это придает прилагательному «тяжелое» сугубо оценочный характер и не позволяет четко дифференцировать «тяжелое психическое расстройство» и психическое расстройство, не являющееся таковым, и мотивировать принятое решение ссылкой на какой-либо нормативный акт.

Нормы о недобровольном освидетельствовании и недобровольной госпитализации можно сравнить с нормами о невменяемости (ст. 21 УК) и ограниченной вменяемости (ст. 22 УК), поскольку они построены с использованием медицинского и юридического критериев. В качестве медицинского критерия, наличие которого необходимо, но не достаточно для недобровольного психиатрического вмешательства, выступает тяжелое психическое расстройство. Юридический критерий, содержащийся в ч. 4 ст. 23 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи, устанавливает, что недобровольное психиатрическое вмешательство возможно только в тех случаях, когда тяжелое психическое расстройство вызывает одно из перечисленных ниже последствий:

- непосредственную опасность больного для себя или окружающих;
- беспомощность больного, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- возможность причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшен ния психического состояния больного в случае оставления без психиатрической помощи.

В условиях неопределенности понятия «тяжелое психическое расстройство» решающее значение для применения недобровольного медицинского вмешательства приобретает юридический критерий. Основанием для недобровольного психиатрического освидетельствования или госпитализация может быть любое психическое расстройство (как общее основание оказания психиатрической помощи), если оно соотносится с одним из юридических критериев.

Поэтому неслучайно в ч. I ст. 27 Закона о психиатрической помощи для определения круга лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, законодатель отказался от понятия «тяжелое психическое расстройство». Основаниями для установления диспансерного наблюдения являются следующие особенности клинической картины психического расстройства: 1) хроническое и затяжное течение расстройства; 2) наличие тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений.

Указанные критерии хотя и носят оценочный характер, но более конкретны, что позволяет успешно решать с их помощью большинство вопросов, возникающих на практике. Следует подчеркнуть, что законодатель прямо не связывает установление диспансерного наблюдения с нозологической принадлежностью психического расстройства (отнесением его к категории «тяжелых»). Это наблюдение может быть установлено при любом психическом расстройстве, если его течение отвечает указанным выше критериям. Очевидно, что критериям ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи соответствует большинство случаев физической зависимости от ПАВ (хроническое течение, наличие частых тяжелых обострений — абстинентного синдрома).

С нашей точки зрения, стремление придать особое значение признаку тяжести психического расстройства отражает характерную для судебной психиатрии практику, когда наступление правовых последствий, например признание лица невменяемым, связывается с нозологической принадлежностью психического расстройства (медицинским критерием невменяемости), а не с выраженностью нарушения способности к осознанному руководству поведением в криминальной ситуации (юридическим или психологическим критерием невменяемости). Эта практика привела к тому, что в судебной психиатрии сформировалось отличное от общей психиатрии понимание психического расстройства, ошибочное отождествление психического расстройства исключительно с наиболее тяжелыми формами психической патологии, которые, как правило, влекут признание лица невменяемым.

Попытки конкретизировать понятие «тяжелое психическое расстройство», по-нашему мнению, нельзя признать удачными. Если к таким расстройствам относить болезненные состояния, не позволяющие больному понимать значение своих действий или руководить ими, то тяжелое психическое расстройство оказывается тождественным недееспособности, что резко ограничивает возможную сферу применения недобровольного психиатрического вмешательства. В качестве другого критерия тяжелого психического расстройства предлагается использовать отсутствие у больного способности осознанно принять решение о согласии или отказе от психиатрического вмешательства. Такое определение на первый взгляд представляется достаточно точным, отвечающим потребностям практики. Однако наличие у больного психического расстройства, лишающего его способности принимать решение относительно оказания ему психиатрической помощи, вовсе не означает, что этот больной нуждается в недобровольном освидетельствовании или госпитализации. Возможность осуществления недобровольного психиатрического вмешательства определяется наличием условий, перечисленных в ч. 4 ст. 23 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи, а не только наличием тяжелого психического расстройства.

В оказании медицинской помощи участвуют две стороны: пациент и врач. Поэтому из того, что на наркологических больных распространяются нормы Закона о психиатрической помощи, не следует, что психиатр-нарколог обладает правовым статусом психиатра. Любая медицинская специальность может рассматриваться в трех аспектах: как сфера профессиональной деятельности, область науки и деятельность, требующая специальной профессиональной подготовки. Рассмотрим с указанных позиций психиатрию и наркологию. Номенклатурой (классификатором) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения РФ, утвержденной Приказом Минздрава России от 27 августа 1999 г. № 337 (в редакции Приказа от 16 февраля 2004 г. № 63) в качестве самостоятельных врачебных специальностей выделены психиатрия (040115) и психиатрия-наркология (040116). Согласно Перечню соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов, утвержденному тем же Приказом Минздрава России, занимать должность психиатра-нарколога может только лицо, имеющее врачебную специальность «психиатрия-наркология».

Приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 (в редакции Приказа от 27 октября 2003 г. № 502) утверждена Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи. При оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи в качестве самостоятельных видов медицинской деятельности, для осуществления которых необходимо получение отдельных лицензий, указанная Номенклатура выделяет работы и услуги по специальностям «психиатрия», «психотера-

пия», «сексология» и «психиатрия-наркология». Как самостоятельно лицензируемые виды медицинской деятельности, Номенклатура выделяет работы и услуги по наркологической экспертизе, по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию, работы и услуги по судебно-психиатрической экспертизе.

Общероссийский классификатор специальностей высшей научной квалификации (ОК 017-94) среди медицинских наук в качестве самостоятельных специальностей выделяет психиатрию (14.00.18) и наркологию (14.00.45). Под специальностью высшей научной квалификации «понимается совокупность знаний, умений и навыков, приобретенных на базе высшего образования в результате проведения самостоятельной творческой работы по постановке и решению определенных профессиональных задач в рамках конкретной отрасли науки».

Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОК 009-2003), утвержденный Постановлением Госстандарта России от 30 сентября 2003 г. № 276-ст, выделяет четыре специальности высшего профессионального образования в области здравоохранения: лечебное дело, педиатрию, медико-профилактическое дело и стоматологию. Под специальностью в этом классификаторе понимается «совокупность знаний, умений и навыков, приобретенных в результате образования и обеспечивающих постановку и решение определенных профессиональных задач».

Таким образом, психиатрия и наркология признаны самостоятельными областями профессиональной медицинской деятельности, требующими для занятия ими, в соответствии с требования ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, прохождения последипломной подготовки и получения сертификата специалиста. Психиатрия и наркология также являются самостоятельными областями медицинской науки. В связи с этим психиатр-нарколог не имеет права оказывать психиатрическую помощь, не обладает правами врача-психиатра, установленными в ст. 20* Закона о психиатрической помощи; а врач-психиатр не имеет права оказывать нарколо-: гическую помощь.

С учетом особенностей правового статуса врача-психиатра и психиатра-нарколога для распространения положений Закона о психиатрической помощи на наркологическую помощь необходимо дополнить раздел III Закона «Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов». Так, в ст. 18 Закона о психиатрической помощи следует указать, что психиатрическую помощь наркологическим больным оказывают наркологические уч-Н реждения и частнопрактикующие врачи психиатры-наркологи; в ст. 19 закрепить положение, что право на врачебную деятельность по оказанию наркологической помоши имеет врач психиатр-нарколог, получивший высшее медицинское образование и в установленном порядке подтвердивший свою квалификацию. Соответствующие дополнения должны быть внесены в статьи 20 (права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи), 21 (независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи) и 22 (гарантии врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи) Закона о психиатрической помощи.

В Закон о психиатрической помощи включена самостоятельная норма о судебно-j психиатрической экспертизе (ст. 14). Указанную норму необходимо дополнить новой частью, в которой указать, что судебная экспертиза для установления факта опьянения или наличия зависимости от ПАВ по гражданским и уголовным делам, а также при рассмотрении дел об административных правонарушениях производится врачами психиатрами-наркологами.

Для распространения на наркологические учреждения, включая стационары, правового статуса психиатрических учреждений необходимо дополнить ст. 30 и ст. 37 Закона о психиатрической помощи. Так, меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи должны быть распространены на оказание наркологической помощи, а пациентов наркологических стационаров следует наделить правами пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Вносить в Закон о психиатрической помощи указание на то, что наркологическая патология относится к психическим расстройствам и расстройствам поведения, необязательно, поскольку это закреплено в ч. 1 ст. 10 указанного Закона, чо желательно. С этой целью ст. 1 Закона о психиатрической помощи целесообразно дополнить частью третьей, в которой указать, что зависимость от ПАВ является одной из форм психических расстройств и лицам, употребляющим ПАВ, психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами-наркологами.

6.9. Особенности правовой регламентации оказания наркологической помощи, обусловленные спецификой наркологической патологии

При наличии принципиального сходства юридически значимых особенностей наркологической патологии и психических расстройств между ними имеются определенные различия, обусловленные включением в раздел F1 «Психические расстройства и расстройства» не только синдрома зависимости, но и состояний, обусловленных приемом ПАВ у лиц без явлений зависимости от ПАВ (острая интоксикация ПАВ, пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ). В случаях эпизодического употребления ПАВ без явлений зависимости отсутствует основной признак психического расстройства — изменение отношения человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношения общества к человеку. Сами эти состояния являются преходящими, транзиторными, обусловленными присутствием в организме ПАВ. С клинической точки зрения они не могут быть отнесены к болезненным состояниям (психическим расстройствам), поэтому на лиц с эпизодическим приемом ПАВ не должны распространяться правоограничения, предусмотренные действующим законодательством для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикомания. Для них целесообразно установить особый порядок медицинского наблюдения. В связи с этим в предлагаемой части третьей ст. 1 Закона о психиатрической помощи необходимо специально указать, что установленные законодательством Российской Федерации ограничения прав, связанные с алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, распространяются только на лице зависимостью от ПАВ.

Статьей 24 Основ законодательства о здравоохранении установлен общий порядок, согласно которому правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него наделяются несовершеннолетние старше 15 лет. Федеральным законом от 1 декабря 2004 г. № 151 -ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» для несовершеннолетних, больных наркоманией, этот возраст был повышен до 16 лет.

Причины внесенных изменений очевидны. Согласно ст. 20.22 КоАП, появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах.

стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах является основанием для привлечения их родителей к административной ответственности. В отношении подростков старше 15 лет, но младше 16 лет возникала парадоксальная ситуация: родители не могли без согласия несовершеннолетних обеспечить оказание им наркологической помощи, но должны были нести административную ответственность за употребление своими детьми ПАВ. Таким образом, родители добросовестно, но безуспешно пытавшиеся лечить своих детей, злоупотребляющих ПАВ, оказывались без вины виноватыми, поскольку административная ответственность за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КоАП), распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (ст. 20.20 КоАП) и появление в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21 КоАП) наступает с 16 лет.

Федеральный закон от 1 декабря 2004 г.№ 151-ФЗ устранил указанное противоречие лишь частично. Во-первых, он повысил возраст информированного согласия только для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, тогда как административную ответственность влечет появление в общественных местах в состоянии опьянения и распитие в общественных местах спиртных напитков и потребление там же одурманивающих веществ. Во-вторых, этот Закон касается оказания медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим наркоманией, тогда как действия, образующие состав административных правонарушений, предусмотренных статьями 6.9.20.20 и 20.21 КоАП РФ, могут совершаться несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки и одурманивающие вещества.

В связи с изложенным представляется целесообразным законодательно закрепить следующее положение: несовершеннолетним в возрасте до 16 лет, употребляющим ПАВ, врачи-психиатры-наркологи оказывают помощь по просьбе или с согласия их законных представителей. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в ч. 2 ст. 4, ч. 2 ст. 7,ч. 3 ст. 11, ч. 2 ст. 23,ч. 2 ст. 26, ч.4ст. 28 и ч. 1 ст. 31 Закона о психиатрической помощи.

Медицинское освидетельствование в наркологии может преследовать две цели: установление факта опьянения (употребления ПАВ) и установление зависимости от ПАВ. Действующие редакции статей 23, 24 и 25 Закона о психиатрической помощи создают необходимую правовую базу для проведения добровольного и недобровольного освидетельствования с целью выявления зависимости от ПАВ. Экспертиза опьянения или состояния одурманивания нуждается в дополнительном нормативно-правовом регулировании. Статью 23 Закона о психиатрической помощи следует дополнить частью седьмой, где указать, что недобровольное освидетельствование для выявления состояния опьянения или установления факта потребления ПАВ проводится по основаниям и в порядке, установленном КоАП РФ. С учетом полиморфного характера клинической картины интоксикации наркотическими средствами, психотропными и одурманивающими веществами, необходимостью проводить дифференциальную диагностику интоксикации с иными психическими расстройствами и состояниями нарушенного сознания, представляется целесообразным наделить правом проведения клинической диагностики интоксикации ПАВ только врачей-психиатров (после соответствующей подготовки) и психиатров-наркологов. Для этого необходимо дополнить ч. 3 ст. 23 Закона о психиатрической помощи уточнением, что психиатрическое освидетельствование лиц, употребляющих ПАВ, проводится прошедшими специальную подготовку психиатрами-наркологами и врачами-психиатрами.

Медицинское освидетельствование для выявления опьянения или установления (Ьакта потребления ПАВ возможно в форме токсикологического исследования или в Форме клинического обследования. Токсикологическое исследование — специфический для наркологии метод, поэтому в настоящее время Законом о психиатрической помощи токсикологическое исследование не предусмотрено. В связи с этим необходимо дополнить Закон о психиатрической помощи новой нормой — ст. 24.1 «Токсикологическое исследование» следующего содержания:

(1) Токсикологическое исследование биологических сред и образцов для выявления ПАВ и продуктов их метаболизма является формой психиатрического освидетельствования лиц, употребляющих ПАВ. Правила медицинского освидетельствования опьянения и факта употребления ПАВ; предельно допустимые концентрации ПАВ и их метаболитов, превышение которых свидетельствует об опьянении или употреблении ПАВ, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

(2) Токсикологическое исследование может использоваться как средство кот роля за лицами, находящимися на консультативно-диагностическом наблюдении в связи с употреблением ПАВ, а также для контроля воздержания от приема ПАВ перед переводом больного с диспансерного наблюдения на консультативно-диагностическое или в связи с прекращением консультативно-диагностического наблюдения.

Содержащийся в ч. 1 ст. 16 Закона о психиатрической помощи перечень видов психиатрической помощи, гарантируемых государством, необходимо дополнить наркологической помощью во внебольничных и стационарных условиях. Оказание наркологической помощи имеет две специфические особенности. Во-первых, это необходимость медицинского наблюдения за практически здоровыми лицами с эпизодическим приемом ПАВ, у которых отсутствует зависимость. Во-вторых, это значительно более высокая криминализация поведения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями по сравнению с лицами, страдающими иными психическими расстройствами. Делинквентное поведение потребителей ПАВ связано как с необходимостью расходования значительных средств на приобретение ПАВ, так и с психологизацией личности, а затем — с морально-этическим снижением и слабоумием. Кроме того, состояние опьянения существенно повышает вероятность совершения насильственных преступлений против личности. Отмеченные обстоятельства, по-нашему мнению, дают основания включить в перечень критериев для установления диспансерного наблюдения за наркологическими больными выраженную десоциализацию и криминализацию личности больных.

Для учета указанных особенностей Закон о психиатрической помощи необходимо дополнить новой статьей (26.1) «Виды амбулаторной наркологической помощи» следующего содержания:

1. Амбулаторная наркологическая помощь лицу, употребляющему ПАВ, в зависимости от медицинских и социальных показаний, оказывается в виде профилактического наблюдения, консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

2. Профилактическое наблюдение устанавливается за лицами с эпизодическим употреблением ПАВ без явлений зависимости. Профилактическое наблюдение осуществляется врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица, употребляющего ПАВ, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет— по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Длительность профилактического наблюдения составляет один год.

3. Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица с зависимостью от ПАВ по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет — по просьбе или с

согласия его родителей либо иного законного представителя. Оказание консультативно-лечебной помощи продолжается до достижения стабильной ремиссии, после чего за лицом устанавливается профилактическое наблюдение. Если в период профилактического наблюдения лицо выполняет все назначения лечащего врача, соблюдает сроки явок в наркологические учреждения (подразделения), проходит токсикологический контроль и не допускает приема ПАВ, принимается решение о прекращении наркологического наблюдения.

После прекращения наркологического наблюдения к лицу не могут применяться правоограничения, установленные для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

Решения о прекращении оказания консультативно-лечебной помощи, установлении и прекращении профилактического наблюдения принимаются комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой администрацией учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

4. Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица, страдающего зависимостью от ПАВ, его родителей или законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом психиатром-наркологом и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи. Диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с зависимостью от ПАВ с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, если они:

1) уклоняются от добровольного лечения;
2) неоднократно возобновляли употребление ПАВ при добровольном обращении за наркологической помощью;
3) ведут асоциальный образ жизни, грубо нарушают общественный порядок, вследствие злоупотребления ПАВ совершают административные правонарушения;
4) совершили преступление и решением суда на них возложена обязанность пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Длительность диспансерного наблюдения в случае, предусмотренном пунктом «г» настоящей статьи, составляет три года; в случаях, предусмотренных пунктами «а», «б», и «в» настоящей статьи, — один год, после чего рассматривается вопрос о его прекращении или продлении. После прекращения диспансерного наблюдения больному оказывается консультативно-лечебная помощь. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения, его прекращении или продлении принимается комиссией врачей-психиатров-наркологов, назначаемой администрацией учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией врачей-психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Еще одна специфическая черта зависимости от ПАВ — патологическое влечение к ПАВ, которое может достигать выраженности компульсивного и определять поведение больного. Для пресечения проникновения ПАВ в наркологические учреждения, оказывающие стационарную наркологическую помощь, необходимо принятие комплекса специальных мер, которые не используются в психиатрических стационарах. В связи с этим ст. 30 Закона о психиатрической помощи необходимо дополнить частью четвертой следующего содержания.

Для предупреждения употребления ПАВ больными, находящимися в наркологическом стационаре, должностными лицами указанных учреждений принимаются меры

для ограничения несанкционированных контактов больных с посторонними лицами; устанавливается перечень продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению больными, находящимся на лечении; проводятся проверки для изъятия продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению.

Таковы основные изменения и дополнения, которые должны быть внесены в Закон о психиатрической помощи для того, чтобы использовать его при оказании наркологической помощи. Незатронутым остался только вопрос о порядке взаимодействия наркологических учреждений и органов внутренних дел, включая обмен информацией. Индивидуальная профилактическая работа, проводимая сотрудниками милиции с потребителями ПАВ, в том числе оказание содействия наркологическим учреждениям, не имеет отношения к медицинскому праву и должна регулироваться Законом «О милиции». К предмету законодательства, регламентирующего оказание наркологической помощи, относится только передача в территориальный орган внутренних дел информации о потребителях ПАВ.

Законом «О милиции» (п. 4 ч. 1 ст. 11) милиции для выполнения возложенных на нее обязанностей предоставлено право «получать от граждан и должностных лиц необходимые объяснения, сведения, справки, документы и копии с них». Однако это право милиции ограничено теми случаями, когда законом не «установлен специальный порядок получения соответствующей информации» (п. 30 ч. 1 ст. 11 того же Закона). Информация о факте обращения за наркологической помощью, состоянии здоровья гражданина и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой возможно только в специально установленных законом случаях. Согласно ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении, лечебно-профилактические учреждения самостоятельно обязаны информировать органы внутренних дел «при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий»; а также отвечают на запросы «органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством». Таким образом, существующий в настоящее время порядок обязательного информирования наркологическими диспансерами органов внутренних дел о лицах с впервые в жизни выявленным наркологическим заболеванием противоречит действующему законодательству.

Специальный порядок передачи информации о лицах, употребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в органы внутренних дел, по-нашему мнению, должен распространяться только на лиц, находящихся на диспансерном наблюдении. Во всех остальных случаях целесообразно сохранить общий прядок передачи информации, составляющей врачебную тайну, который определен ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении. Для законодательного закрепления такого порядка представляется необходимым Дополнить содержащийся в ст. 61 Основ перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, пунктом 7, где указать, что разглашение врачебной тайны возможно в иных случаях, установленных федеральным законом.

ГЛАВА 7

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

Круг проблем современной медицины, подвергающихся серьезной этической оценке, с каждым годом обнаруживает тенденцию к расширению в связи с внедрением принципиально новых методов исследования, терапии, высоких технологий, а также по причине изменений общественной морали. Однако по-прежнему актуальными для биомедицинской этики остаются вопросы трансплантологии, генетики, репродукции, клонирования и манипуляции со стволовыми клетками человека, моральные проблемы «конца жизни» (хосписы и эвтаназия), абортов, этические аспекты психиатрии и оказания помощи больным с ВИЧ/СПИДом.

В рамках биомедицинских и правовых проблем психиатрии во главу угла ставятся вопросы обеспечения прав граждан при оказании психиатрической помощи, конфиденциальности, стигматизации и дискриминации пациентов. Наркология, фактически являясь неотъемлемой частью психиатрии, до настоящего времени не подвергалась столь же пристальному вниманию биомедэтики, как психиатрия. Видимо, это было связано с нерешенностью вопроса об отношении к больным алкоголизмом и наркоманией как к пациентам в полном смысле этого понятия. Для многих специалистов больной наркоманией не был тождественен, к примеру, больному шизофренией. Вследствие чего биомедицинская этика на практике обходила острые этико-правовые проблемы наркологии стороной (особенно это касается российской наркологии). Отмечались попытки игнорировать распространение действующих в психиатрии правовых и этических норм на наркологию.

.В связи с этим российская,наркология фактически исповедовала (и продолжает исповедовать) репрессивную немедицинскую стратегию в оказании помощи пациентам, которую трудно сравнить даже с психиатрической. Один из наиболее ярких примеров — практиковавшаяся долгие годы и имеющая широкую поддержку сегодня принудительная терапия больных алкоголизмом и наркоманией в условиях т. н. лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), куда пациент направлялся на деле не на лечение, а на «исправление от вредной привычки и аморального (паразитического) образа жизни». Чиновниками от российской наркологии, а также рядом практикующих наркологов выдвигалось предложение о том, что «не следует избавлять наркоманов от т. н. ломок, поскольку тем самым снижается их социальная опасность», т. е. исповедовалась тактика мучений в назидание. Предлагалось рассматривать наркозависимость как психическое расстройство психотического уровня, что позволяло бы применять 29 статью Закона РФ «О психиатрической помощи...» и недобровольно госпитализировать наркологического пациента в стационар.

Круг этических аспектов современной российской наркологии, под давлением общественности и правозащитных организаций отменившей практику принудительного лечения более десяти лет назад, значительно расширился в условиях появления проблемы опийной наркомании. Сегодня в этой области можно отметить следующие острые вопросы биомедицинской этики и медицинского права: I) проблема реализации прин-

иипа «информированного согласия»; 2) существование принципа «одномоментного отказа от употребления психоактивных веществ» как условия для включения пациента в лечебно-реабилитационные программы (в том числе проблема предоставления АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков); 3) существование принципа «оплаченной анонимности» при терапии наркологических заболеваний; 4) проблема применения научно необоснованных методик (например, стереотоксических операций на мозге, «поркотерапии»), методик, основанных на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха (посредством т. н. «кодирования»); 5) неоморалистский подход; 6) запрет на т. н. «заместительную поддерживающую терапию». Последняя из перечисленных проблем является составной частью иных. Вследствие всего вышеизложенного представляется целесообразным анализ всех имеющих этических проблем наркологии.

Проблема реализации принципа «информированного согласия» заключается в том, что больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи либо не получает всего объема информации, необходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде. В первую очередь это относится к практике т. н. «кодирования», когда информированное согласие пациента строится на предоставлении ему врачом ложных данных о сути (механизмах) действия этой методики. Больного ставят в известность о том, что ему будет «введено вещество, блокирующее опиоид-ные рецепторы», или «будет изменена деятельность его головного мозга, которая снимет тягу к психоактивному веществу», или произойдет «кодирование на дозу», или «разрушится подсознательный образ болезни». Реализация информированного согласия в подобных случаях заключается в том, что пациент подписывает документ, подтверждающий согласие, что в случае добровольного нарушения им режима и принятия дозы спиртного (наркотика) его здоровье может подвергнуться серьезному риску ухудшения вплоть до летального исхода. Ученые обосновывают данную методику психотерапевтическим эффектом, который достигается за счет формируемого у пациента страха перед употреблением ПАВ. На деле пациенту ничто не угрожает, и следовательно, он сознательно вводится специалистом в заблуждение. По этическим соображениям и вследствие ненаучности данная методика запрещена мировым наркологическим сообществом.

Один из основополагающих терапевтических принципов российской наркологии — принцип «отказа от употребления ПАВ». Суть его сводится к тому, что перед пациентом ставится условие, выполнение которого напрямую влияет на объем предлагаемой ему официальной медициной помощи и является решающим фактором для госпитализации в стационар и включения пациента в реабилитационные программы. Это условие — самостоятельный отказ от употребления любых психоактивных веществ до назначения лечения. Этическая сторона вопроса заключается в том, насколько обоснованным может считаться требование врача к пациенту избавиться от симптома (патологического влечения к ПАВ) до начала терапии. Можно предполагать, что это условие диктуется позицией врачей-наркологов, рассматривающих влечение к ПАВ в качестве «вредной Ривычки» или «нравственного изъяна», от которого можно избавиться усилием воли, ибо подобным образом они отсекают от терапии «неперспективных пациентов», отличающихся отсутствием или недостаточностью мотивации лечиться. Возникает парадокс: сли пациент способен самостоятельно преодолеть патологическое влечение к наркотику или алкоголю, то какова дальнейшая роль врача? Ни в одной иной медицинской специальности не существует подобного требования к больным. К примеру, условие, поставсНное перед больным шизофренией перед его госпитализацией — предварительно из-

бавиться «своими силами» от бреда воздействия, было бы воспринято в лучшем случае как шутка.

Российская наркология исходит также из принципа-требования одномоментного отказа пациента от употребления ПАВ, не беря в расчет существование иного принципа — поэтапного снижения дозы ПАВ и ступенчатого выхода в ремиссию. Столь ярая категоричность приводит к тому, что пациенты либо отказываются от традиционной наркологической помощи, либо выбирают самостоятельное регулирование этого вопроса путем постепенного снижения дозы наркотика или поиска его заменителей. В случае с опиоидной зависимостью часто в качестве заменителей выступает алкоголь или нелегальные («уличные») наркотики, обладающие меньшей наркогенностью. Можно утверждать, что «принцип отказа от ПАВ» противоречит этическим нормам, рекомендующим «помогать всем больным без различия».

Проблема отказа предоставления АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным активным потребителям инъекционных наркотиков по причине нарушениями ими режима отделений (т. е. продолжения употребления ПАВ) в российских условиях приводит к тому, что число пациентов, способных по данным принципам включиться в программы АРВ-терапии, крайне мало. Кроме того, подобная практика снижает приверженность пациентов терапии ВИЧ-инфекции и способствует распространению эпидемии ВИЧ.

Еще одним этическим аспектом современной российской наркологии следует признать проблему т. н. «оплаченной анонимности». В соответствии с действующими инструкциями, больной алкоголизмом или наркоманией, изъявляющий желание лечиться анонимно, без оформления наркологического учета, обязан оплачивать терапию, которая могла бы быть ему предоставлена бесплатно в случае отказа от анонимности. Этическая сторона вопроса заключается в том, можно ли считать соответствующей принципам биомедицинской этики взаимосвязь анонимности терапии с ее оплатой.

Несомненно, выходящими за рамки как норм биоэтики, так и медицинского права следует признать практику наркологической помощи, построенную на оказании физического (болевого) воздействия на пациента, чем бы она ни обосновывалась. Предложенная новосибирскими учеными из НИИ гигиены и НИИ терапии СО РАМН «поркотерапия» построена именно по таким принципам. Она включает в себя «порку розгами по ягодичной области, несколькими сериями ударов по 5 раз, всего до 60 ударов на одну процедуру». Авторы обосновывают «прогрессивную методику» тем, что «поркотерапия как болевое воздействие вызывает активацию эндорфиновых рецепторов, выброс эндорфинов по окончании процедуры в ответ на болевое воздействие».

Одним из наиболее острых и спорных в этическом отношении вопросов современной российской наркологии является вопрос о запрете т. н. заместительной поддерживающей терапии. Заместительная терапия — это назначение больным с опиоидной зависимостью (героиновой наркоманией) в медицинских учреждениях под врачебным контролем обоснованных их психическим состоянием строго определенных доз препаратов, являющихся агонистами опиоидов (аналогами наркотических веществ из той же фармакологической группы). Цели этого вида лечения — нормализация психического (наркологического) состояния пациента, этиопатогенетически обоснованное купирование патологического влечения к наркотику, снижение риска передозировки и летального исхода, снижение или полное прекращение употребления нелегальных («уличных») наркотиков, снижение криминальной активности пациента, связанной с необходимостью получения средств на приобретение наркотика, а также профилактика ВИЧ путем формирования приверженности к лечению. Причиной отбора в программы заместительной терапии служит многократная безуспешность предыдущих попыток пациента вылечиться от опи-

оидной зависимости, наличие у него коморбидной патологии (в первую очередь ВИЧ-инфекции), возраст старше 18-21 года, а также добровольность и информированное согласие. К наиболее часто применяемым при заместительной терапии относятся метадон и бупренорфин.

Заместительная поддерживающая терапия может рассматриваться в ее различных аспектах: медицинском, правовом, общественном, экономическом и этическом. Основополагающим для медицинского аспекта является научная обоснованность данного вида терапии, что не вызывает никаких возражений и подтверждено большим количеством научных исследований. В рамках правового аспекта проблемными становятся законодательная регламентация процедур заместительной терапии, соответствие норм, регламентирующих, с одной стороны, оборот наркотических средств, с другой — оказания наркологической помощи. В России проблема неконгруэнтности законодательства в данном контексте привела к возникновению противостояния между наркологическим сообществом и Федеральной службой по контролю над оборотом наркотиков, когда цели деятельности перечисленных сторон оказались противоположными. Общественный аспект данной проблемы базируется на понятиях опасности/безопасности для общества внедрения и существования заместительной поддерживающей терапии, а также понятия выгоды/целесообразности. Он может смыкаться с экономическим аспектом, рассматривающим эту методику как экономически выгодную, если сравнить стоимость участия в такой программе с лечением традиционными способами (стационарно, амбулаторно, в реабилитационных центрах), а также со средствами, необходимыми для содержание в местах лишения свободы лиц в связи с криминальным поведением, обусловленным наркопотреблением.

Особое место занимает этический аспект применения заместительной поддерживающей терапии. Часто именно он ставится во главу угла при дискуссии о необходимости запрета этой методики, именно его используют противники в споре (по данным социологического исследования (Менделевич, 2004), пятая часть респондентов и четвертая часть врачей-наркологов отказывают заместительной терапии в праве на существование по причине ее «безнравственности»). Суть дискуссии на эту тему в том, что считать моральным, а что признать аморальным. По мнению противников заместительной поддерживающей терапии, существует ряд кардинальных этических проблем, ставящих ее вне рамок морали. Во-первых, это относится к этической оценке «отказа от лечения болезни (наркомании), понимая, что она продолжается». Во-вторых, к этической допустимости «предлагать человеку один наркотик для того, чтобы он отказался от других и стал менее опасен для окружающих». В-третьих, к тезису, что «идеология программ «снижения вреда» (в том числе заместительной терапии) заявляет «более уважительное» отношение к наркопотребителям/наркоманам, чем любой медицинский подход».

Следует отметить, что многие выдвигаемые против заместительной терапии аргументы базируются на неверном представлении о сути данной методики. Так, цель излечения от наркомании (т. е. полного восстановления здоровья и отказа от употребления наркотиков) путем заместительной терапии не является основополагающей, поскольку она рассматривается сторонниками этого вида терапии как утопическая для большинства пациентов с опиоидной зависимостью (что подтверждено множеством исследований и здравым смыслом). Декларируется, что опиоидная зависимость — это хроническое заболевание и что цель заместительной терапии — «помощь пациентам в прекращении употребления всех ПАВ... или, как минимум, значительное снижение частоты употребления и количества потребляемых ПАВ, и/или отказ от внутривенного употребления». То есть фактически ставятся две цели: цель-максимум и цель-минимум. И, если

недостижима одна, то пытаются достичь другой. Следовательно, аргумент, обличающий неэтичность применения заместительной терапии («отказ от лечения болезни (наркомании) при понимании, что она продолжается»), ошибочен, т. к. заместительная терапия не является отказом от лечения. Она может быть отнесена к группе паллиативной терапии. А в части случаев, когда пациенту предлагается постепенный (а не одномоментный) отказ от употребления опиоидов, и лечением в собственном смысле этого слова. С нашей точки зрения, за рамки этики выходит как раз отказ от подобной помощи. Одно из основных требований биомедицинской этики — помогать всем больным без различия. Существование же в российской наркологии принципа полного «отказа от ПАВ» при реально низкой, в силу болезни, достижимости этого нарушает данное этическое положение. Пациенту в условиях отсутствия в арсенале врача заместительной терапии фактически отказывается в лечении (щадящем купировании абстиненции, улучшении «качества жизни» и пр.). Парадоксальна ссылка противников заместительной терапии при обосновании ее неэтичности на то, что «те больные, с которыми врач имеет дело, участвуя в программах заместительной терапии, в действительности продолжают болеть, и этот врач не предлагает им той помощи, которую он мог бы оказать, проводя лечение наркомании». Если встать на такую позицию, то вся паллиативная помощь должна быть осуждена с этических (вернее, псевдоэтических) позиций.

Упрек в заместительной терапии в неэтичности потому, что аморально «предлагать человеку один наркотик для того, чтобы он отказался от других и стал менее опасен для окружающих»,также несостоятелен. Замещение наркотика, добываемого пациентом криминальным путем, легальным лекарственным средством (пусть и содержащим наркотическое вещество) — лишь одна из целей подобной терапии, далеко не единственная. Помимо этого, существуют и такие гуманные цели, как улучшение «качества жизни» пациента, снижение риска передозировок, суицидального поведения и летальных исходов. Перечисленные цели, несомненно, первостепенны при выборе врачом заместительной терапии не могут рассматриваться как выходящие за рамки биомедицинской этики.

Удивительна и парадоксальна попытка признать заместительную терапию неэтичной по причине того, что в ее рамках «заявляется более уважительное отношение к пациентам, чем при любом ином медицинском подходе». Возникает вопрос: разве можно считать избыток врачебного гуманизма (если такое вообще возможно) аморальным? К тому же непонятно в таком случае, почему врачи иных специальностей (как считают противники заместительной терапии) не проявляют такого же уважительного отношения к своим пациентам. Может быть, проблема не в отношении к пациентам наркологического профиля, которое тогда можно признать эталонным, а в традиционном отношении к больному во всех иных областях медицины?

Известно, что в настоящее время в мире около 1 млн пациентов проходят заместительную поддерживающую терапию. В Европейском союзе отмечается тенденция увеличения числа таких больных с 73 400 в 1993 г. до 450 000 в 2004 г. То есть, за одиннадцать лет доступность терапии этого вида увеличилась более чем в 6 раз. С течением времени | и накоплением опыта изменяются модели заместительной поддерживающей терапии с учетом стремления врачей создать для пациентов более щадящие режимы. Одна из причин расширения в мировой наркологии бупренорфиновых программ — не разочарование в метадоновых проектах, а попытка избежать необходимости «привязывания» пациента к лечебных центрам, отмена практики ежедневного посещения врача. Другая современная тенденция — расширение круга специалистов, которым предоставляется возможность назначать препараты для заместительной поддерживающей терапии, за счет привлечения врачей общей практики.

К странам, наиболее активно в последние годы внедряющим этот вид лечения, относятся Иран и Китай. По официальным данным Министерств здравоохранения этих государств, внедривших программы в 2003 г., рост числа пациентов, получающих заместительную поддерживающую терапию, составляет от 500 до 1000%. К 2008 г. (по тем же данным) предполагается увеличение числа пациентов в Китае до 350 000, в Иране — до 150000.

В подавляющем большинстве стран бывшего СССР (Литва, Латвия, Эстония, Украина, Кыргызстан, Молдова, Азербайджан) отмечается рост числа пациентов, которым официальная медицина предоставляет возможность получения заместительной поддерживающей терапии. В других странах бывшего СССР (Белоруссия, Грузия, Армения, Узбекистан) уже имеются правовые возможности и приняты законодательные акты, позволяющие внедрить данные программы. В настоящее время в этих странах проводятся пилотные исследования с целью определить место и роль заместительной поддерживающей терапии в системе наркологической помощи.

Учитывая тревожную тенденцию к неуклонному росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом, Всемирная организация здравоохранения (WHO) в сотрудничестве с Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) после проведения серий исследований и анализа эффективности заместительной терапии, на основании десятков рандомизированных экспериментов в 2003 г. выпустила официальное заявление (позицию). В нем заместительная поддерживающая терапия названа одним из наиболее эффективных способов лечения наркомании и профилактики ВИЧ/СПИДа. В 2005 г. метадон и бупренорфин были включены в «Список основных лекарственных средств» ВОЗ, куда входят «... препараты, которые требуются для обеспечения минимального стандарта охраны здоровья во всех странах...» и которые должны быть «...доступны постоянно, в адекватном количестве и по ценам, которые может позволить общество...».

Как известно, в Российской Федерации заместительная терапия запрещена законом и вследствие этого не применяется («запрещено лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, включенными в список II»). Тогда как в подавляющем большинстве стран бывшего СССР имеются законодательные акты, позволяющие ее использовать. Соответствующие законы приняты после распада страны, и их появление (в 1990-х гг.) обосновывалось необходимостью преодоления высокого уровня заболеваемости наркоманией, низкой эффективности традиционных методов лечения и широким распространением среди потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ/СПИДа.

Программы заместительной поддерживающей терапии во всех странах включены в систему оказания наркологической помощи больным опиоидной зависимостью в качестве дополнительного способа лечения и ни в одной стране не привели к свертыванию ных программ. Однако до настоящего времени за рубежом ведется дискуссия о том, к часто и в каких случаях следует прибегать к их помощи, должно ли быть ограничение времени пребывания в данных программах, какие дозы препаратов считать допустима. Споры в медицинской среде этих стран об этической стороне заместительной Одерживающей терапии давно прекращены.

С этических позиций отсутствие заместительной терапии в РФ ставит российских Центов в особое (ущербное) положение. Они не могут получить всего объема помо- ' который они получили бы, если бы оказались в другой стране мира. Этически необо- ан и фактически дискриминационен доминирующий в российской наркологии прин- «отказа от ПАВ», не позволяющий большей части больных (до 70%) получить квалиЧИрованную научно обоснованную помощь (в виде заместительной терапии).

Заместительную поддерживающую терапию опиоидной зависимости (героиновой наркомании) можно рассматривать как одну из наиболее этически оправданных и гуманных методик. А ее запрет — как нарушение принципов биомедицинской этики и медицинского права.

Таким образом, рассматривая заместительную поддерживающую терапию как частный вопрос наркологии и исходя из базовых принципов биомедицинской этики — автономности, справедливости, принципа «Не навреди», — можно утверждать, что биомедицинская этика не должна уклоняться от анализа и оценки реальной наркологической теории и практики. Следует учесть тот факт, что, являясь частью психиатрии, наркология на деле исповедует иные принципы и другие этические положения, основывающиеся на «амбивалентном» отношении к наркологически больному (с алкоголизмом или наркоманией), отличном от отношения к больному шизофренией, неврозом или с умственной отсталостью. Все вышеперечисленное диктует необходимость активизировать дискуссию в медицинских кругах и выработать новые положения биомедицинской этики и медицинского права в условиях специфики и особенностей современной ситуации в наркологии.

Наличие «особых этических условий существования» российской наркологии и отношения к больным наркоманией можно объяснить появлением специфичного для постперестроечного периода РФ неоморализма (по терминологии П. Мейлахса). С точки зрения ряда авторов, ситуацию в сфере отношения к потребителям наркотиков (в том числе к больным людям) можно охарактеризовать как моральную панику, что и способствовало появлению неоморализма. Центральной моральной границей в дискурсе неоморализма, на взгляд Мейлахса, является граница, регулирующая отношения в публичном пространстве, т. е. определяющая, «что дозволено в публичном пространстве, а чего там быть не должно. Главная стратегия неоморалистов — это охранная стратегия публичного пространства».

Таким образом, можно предполагать, что особое отношение медицинского сообщества к проблемам наркологии (наркомании, в частности) обусловлено сформировавшейся стратегией гражданственности и подавления стратегии биомедицинского этики с понятиями гуманизма, справедливости и блага для больного. Именно это должно стать предметом обсуждения и анализа в профессиональном сообществе.

ГЛАВА 8

ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

8.1. Психобиология психической зависимости

При размышлении о различных видах зависимости, встречающихся в практической работе (зависимость от психоактивных веществ, компьютерных игр и развлечений, лидера, ритуала, различных субъектов и объектов, вплоть до проблемы индуцированной зависимости в системах религиозных сект, а также особых зависимых личностях), неизбежно встает вопрос о единой биологической базе любой зависимости. Если она существует, то, согласно биологии поведения (этологии) и биологии социального поведения (социобиологии), она может быть описана типологически, могут быть определены ее нейрохимические, психологические, генетические основы, и она подлежит рассмотрению в процессе эволюции (филогенетической, исторической, онтогенетической) (Самохвалов, 1994).

В динамике любого процесса зависимости на первом (психопатологическом) этапе можно говорить о внешне субъективно описываемом явлении психической зависимости, который на самом деле эквивалентен психологической зависимости. Психическая зависимость обычно означает: «Я не хочу жить без…», физическая зависимость — «Я не могу жить без...», но обыкновенно в клинике мы встречаем метафору «Я не хочу и не могу жить без...». Тем не менее на начальных этапах работы психиатр или нарколог обыкновенно имеет дело уже с симптомами физической зависимости, после ликвидации которых предполагается, что психическая зависимость может быть модифицирована нейролептически и/или с помощью психотерапии. В широком смысле процесс дезинтоксикации при зависимости направлен как на физические симптомы (медикаментозное воздействие), так и на психические расстройства, когда осуществляется «десемиотизация» (психотерапевтическое воздействие) пациента, как, например, экстремальная десемиотизация при интервенционной терапии или в случае сепарации индуктора и реципиента при индуцированном бреде. Но теперь составляет проблему не физическая зависимость, которая успешно решается современной реаниматологией, а именно психическая зависимость, т. к. она часто предшествует абстиненции и следует за ее симптомами.

При этом последующая работа с психологической зависимостью становится ключевой на многие месяцы, если не годы; при этом цель видится не в ликвидации зависимости как личностной составляющей пациента, а в его переориентации на другой объект субъект или харизматическое учение. Что же так затрудняет работу с зависимостями вследствие чего лишь в 10-15% случаев удается добиться стойкой ремиссии?

Попытки решения данной проблемы в социальной и семейной психологии, психо анализе, клинической психиатрии были в разной степени успешными. Предполагается

что в большей части случаев всякая зависимость развивается у особых личностей (диссоциальных, диссоциативных, зависимых и так далее), в особых условиях воспитания и социального окружения, и для нее характерна специфическая психодинамика. Тем не менее постоянно игнорируются факты психобиологии и этологии, в частности свидетельствующие о том, что базой любой зависимости является инстинктивное, генетически детермированное поведение (родительское, комфортное, агрессивное, альтруистическое и т. д.) и оно лишь модифицируется внешними воздействиями, в том числе и психоактивными веществами.

Биологическая база психической зависимости — поведение привязанности и утраты, поэтому она (зависимость) не может быть рассмотрена лишь как индивидуально-личностная. В системе зависимости существует реципиент и индуктор (человек, объект или вещество). Точно такая же диада, как, например, в сексологии, в которой считается немыслимым рассматривать сексуальность вне партнерской связи. Или в детской психиатрии, когда невозможно понять страхи ребенка вне поведения или высказываний его матери. *С точки зрения биологии поведения зависимость являет совой ко.ммунша* тивный процесс,* в котором специалисты описывают и лечат реципиента, часто не учитывая его неотделимость от индуктора.

Действительно, не только у человека, но и большинства видов животных, по крайней мере млекопитающих, сигнал всегда означает конкретный ответ или определенную вариацию ответов, уклонение от которых рассматривается как патология. Зависимость особи от группы или от другой особи — это основа любого социального поведения и может быть прослежена, начиная с класса насекомых (Дьюсбери, 1981). При этом у общественных насекомых при объединении в союзы присутствует родительская опека без индивидуальных связей (Меннинг, 1982). Групповое поведение у высших организмов также опирается на паттерны родительской заботы, хотя существенную лепту в организацию социального поведения вносят и агрессивные драйвы. Поиск и фиксация тела партнера присутствуют у рыб, хотя их групповое поведение чаще носит оборонительный характер; парное поведение у птиц включает также совместную деятельность и зависимость от партнера, фиксация носит поведенческий характер. У млекопитающих самая тесная связь — это связь между матерью и детенышем, из которой формируются все индивидуальные дружелюбные взаимодействия, в том числе и любовь в гуманистическом понимании. У многих групп млекопитающих, в том числе и приматов, первичное запечатление детеныша у матери носит характер импринтинга: в течение короткого сенситивною периода в результате воздействия окситоцина происходит фиксация строго определенного детеныша, уход и опека за которым осуществляется на протяжении длительного промежутка времени. Человеческие детеныши относятся к т. н. «цепляющимся за родителей» (parent dinger), т. е. могут активно фиксировать мать, но недолго, в отличие от других приматов с густым волосяным покровом (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

Этот феномен является биологическим базисом зависимости от любого иного объекта или субъекта, которая может формироваться в процессе онтогенеза. Зависимость на начальных этапах онтогенеза носит всеобъемлющий характер, поскольку в ином случае незрелый младенец не выживает. Но в то же время присутствует и реципрокный объект, т. е. родитель также включен в отношения зависимости и реагирует на каждый стимул, исходящий от ребенка. Более того, отсутствие подобной зависимости у ребенка проявляется как тяжелая депривация вне зависимости от качества ухода, что было детально изучено при исследовании причин задержки психического развития у физически полноценных детей из различнных приютов и детских учреждений (Лангмейер, Матейчск, 1984). Изучение более поздних периодов онтогенеза дает не менее впечатляющие ре-

зультаты. Было установлено (Kaiser, 1978), что только 5% заключенных имели стабильные детско-родительские отношения, при этом социальная и эмоциональная депривация в детском возрасте приводили к снижению социальности и сенситивности, отсутствию чувства вины и, следовательно, к асоциальности.

Анализу событий раннего детства, и в особенности ранних отношений привязанности, уделяется большое внимание практически в любой психологической теории развития. Так, английский психоаналитик Д. Винникот (2004) развивает концепцию «базисного доверия», формирующегося в первые годы жизни ребенка. Классический психоанализ основной акцент ставит на исследовании первых стадий развития ребенка. Д. Боулби (1980), опираясь первоначально на психоаналитическую теорию развития, исследует поведение привязанности и депривации и приходит к эволюционно-биологическому пониманию природы и функции данных феноменов.

8.2. Нейробиология поведения зависимости

При исследовании импринтинга (неонатальной привязанности) у млекопитающих, в частности у крыс, выяснено, что мозговые структуры, обеспечивающие сенситивный период ольфакторного и соматосенсорного запечатления, следующие: обонятельные ядра (olfactory bulb), гиперфункционирующее норадренергическое голубое пятно (locus coeruleus), поддерживающее соответствующие условия путем высвобождения норадреналина; и гипофункционирующая миндалина, препятствующая формированию ольфакторной аверсии (Sullivan, 2003). При этом голубое пятно выделяет огромное количество норадреналина в обонятельное ядро во время всего сенситивного периода, к концу которого выделение норэпинефрина резко снижается в результате изменения ауторецепторов голубого пятна(Moriceau, Sullivan, 2004). Нейроны голубого пятна реагируют на сенсорные импульсы в следующей хронологической последовательности: ольфакторные, визуальные и аудиальные (Nakamura. Kimura, Sakaguchi, 1987).

Таким образом, у младенцев есть особая обучающая цепь, обеспечивающая импринтинг без вовлечения структур, ответственных за обучение у взрослых (нефункционирующий гиппокамп, миндалина и фронтальная кора), что еще раз доказывает: детский мозг не «незрелая копия» взрослого, а особо функционирующая система, уникально приспособленная для запечатления родителя (Moriceau, Sullivan, 2005). При этом не имеет значения поведение родителя, поскольку одинаково запечатлевается как заботливый, так и жестокий родитель. Отрицательное действие на установление детско-материнской связи наркотизации в родах и назначение детям постнатально барбитуратов и транквилизаторов, соответственно, объясняется угнетением данной нейробиологической системы запечатления и извращением нейромедиаторного базиса.

Нейрохимический субстрат паттернов материнско-детской привязанности обеспечивают окситоцин, вазопрессин, эндогенные опиоиды, катехоламины (Nelson, Panksepp, 1998). Во время сенситивного периода у младенцев отмечается низкий уровень эндогенного кортикостерона и невыраженная реакция на стресс. Это объясняется ограниченным функционированием гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы с незначительной выработкой кортикостероидов. Данный феномен раскрывает суть отсутствия версии на любой стимул во время периода запечатления, утрата пассивного избегания и Условного подавления (Moriceau, Sullivan, 2004). Также выяснено, что эндогенные опиоиды участвуют в ассоциировании материнского запаха и прикосновения и обеспечива-,0т успокаивающий и аналгезирующий эффект материнского прикосновения (Roth, Sullivan, 2006).

Экзогенные опиоиды оказывают ингибирующий эффект на материнское поведение посредством блокирования ^-рецепторов (Mann, Pasternak, Bridges, 1990; Miranda-Paiva, Nasello, Yin, Felicio, 2001). Вазопрессин оказывает стимулирующее влияние на процессы запоминания, усиливает пассивное избегание, приобретенные реакции, а также воздействует на лимбическую систему. В отличие от него окситоцин действует как амнестический нейропептид. В целом вазопрессин и окситоцин работают как регулирующие пептиды в процессах запоминания (van Wimersma Greidanus, Burbach, Veldhuis, 1986). То есть, при запечатлении детеныша у взрослой особи произвольная память и лимбическая система в целом угнетается, что аналогично младенческой системе запечатления.

Нейроморфологический базис воздействия наркотических веществ (Sadock, Sadock, 2005), вызывающих зависимость (опиоиды, амфетамины, кокаин и в некоторой степени алкоголь и никотин), — это допаминергичесике нейроны вентральной тегментальной области (ventral tegmental area) и их проекции на nucleus accumbens, формирующие «расширенную миндалину». Расширенная миндалина получает импульсы от лимбической коры, гиппокампа, базолатеральной миндалины, среднего мозга, латерального гипоталамуса. Медиальная часть nucleus accumbens особенно важна, т. к. высвобождение допамина, происходящее здесь, обусловливает активирующий эффект кокаина и амфетаминов. Это также относится и к воздействию опиоидов. Опиоиды влияют и непосредственно на опиатные рецепторы nucleus accumbens, даже когда допаминергические терминали разрушены. Предполагается, что любое позитивное усиление, включая ответ на пищевое вознаграждение и секс, базируется на этом допаминергическом цикле.

Высвобождение допамина из мезолимбических нейронов в норме служит для усиления запоминания событий и паттернов поведения, важных для выживания организма, и заставляет организм обращать усиленное внимание на данные события. При наркотической зависимости это приводит к поиску препарата и зависимости от него.

Исследования активности мозга (ПЭТ, фМРТ) у людей с наркотическими зависимостями (от кокаина, опиоидов и др.) показали, что стимулы, ассоциированные с наркотиком, активируют лимбическую систему, включая переднюю извилину, в то время как индифферентные стимулы такого действия не оказывают. В контрольной группе здоровых людей реакция на оба вида стимулов была минимальна.

Кокаин, как стимулирующий наркотик, действует на нервные окончания серотонинергических, допаминергических и норадренергических нейронов. Блокируя рецепторы, он препятствует обратному захвату нейротрансмиттеров, повышая их концентрацию в синапсе. Происходит высвобождение глутамата в паралимбической системе, что лежит в основе поведенческих изменений.

Амфетамины также повышают уровень допамина в синапсе, но их основное действие заключается в высвобождении допамина и норэпинефрина из запасающих ячеек в нейроне.

Алкоголь в основном действует посредством ингибирования GABA-ергических нейротансмиттеров и уменьшения возбудимости глутаматергических нейротрансмиттеров, что косвенно изменяет высвобождение других нейротрансмиттеров (серотонина, допамина, норепинефрина). Вовлекается также система эндогенных опиатов, что отвечает за эффекты алкоголя, связанные с изменением настроения.

Действие кокаина было изучено на крысах. У крысы со сформированной кокаиновой зависимостью нейроны, опосредующие действие кокаина, имеют больше синапсов, чем у нормальных крыс. То есть кокаин оказал на крыс такое же действие, как обучение. Выходит, человек (или крыса), принимавший наркотик, прошел «обучение», чтобы реагировать на него, и у него сформировались патологические нервные связи. Они делают

для него полученный опыт легко восстановимым, потому что нервные связи уже есть. А другие нервные связи, которые бы в норме обеспечивали ему приятные ощущения от полезных для здоровья переживаний, из-за конкурентного формирования оказываются ослабленными. Использование наркотиков, особенно в раннем возрасте, меняет морфологию и анатомию нейронов, структуру коры головного мозга и отклоняет развитие с нормального пути.

Ген DRD4 ассоциирован со стремлением человека к новым впечатлениям. Длинный аллель этого гена с повышенной частотой встречается в семьях больных с наследственной формой алкоголизма, и он соотносится с «модным» детским диагнозом — синдром гиперактивности с нарушением внимания. Дети с таким диагнозом в школах не могут усидеть за партами. Любопытно, что это заболевание эффективно лечится без всяких таблеток на тренажерах с обратной связью. Детям показывают мультфильм на экране компьютера, и мультфильм выглядит резко, когда они внимательны. Внимательность фиксируется с помощью энцефалограмм, и в зависимости от внимательности детей изменяется резкость мультфильма.

8.3. Филогенез поведения зависимости

Большинство животных живут группами или парами, что обеспечивает их выживание. При этом организация сообществ может быть и очень сложной, например у общественных насекомых, и очень простой, фактически в виде просто скоплением особей одного вида около источника пищи, как это происходит у дрозофил, или это модификация среды, делающая ее пригодной для выживания, как скопление дафний в кислой среде (Дьюсбери, 1981). Преимущества жизни в группе определяются естественным отбором: там, где отдельная особь гибнет, группа выживает. Преимущества отдельные особи получают при групповой охране потомства, охоте и защите от хищников, добыче корма и соотнесении скорости размножения с уровнем ресурсов среды (синхронизация размножения в группе). Основа организации — доминирование и территориальность. Коммуникации внутри сообществ включают следующие типы поведения: агонистическое поведение (агрессия), социальное облегчение, подражание, кооперация, конкуренция и аффилиация — стремление быть вместе.

Рассматривая социальность как эволюционное явление, можно отметить, что развитие сообществ происходило от простой идентификации особи своего вида до формирования парных и семейных организаций, где каждая особь идентифицирована индивидуально на основе не только соматосенсорных, но и поведенческих знаков. При этом становление высших форм социальности у позвоночных, в том числе отношений любви, родительской опеки, дружелюбия происходит на основе связи мать—детеныш. Так, появление незрелого потомства у общественных насекомых (например, медоносной пчелы) вызывает ответную реакцию — кормление — у любой особи данного сообщества, но при этом все члены сообщества—дети одной самки. В отсутствие жесткой организации детеныши многих насекомых (например, тараканы, уховертки) первые несколько часов жизни держатся около матери, где находят убежище и пищу.

Позвоночные в целом отличаются большей продолжительностью жизни и хорошо развитой заботой о потомстве. У высокоорганизованных животных, например у африканских слонов, сообщества организованы на основе «семейных единиц», которые образуют семенные группы. Все млекопитающие характеризуются индивидуальными связями мать—детеныш с постоянным обменом коммуникативными сигналами. В заботу о потомстве включается и родитель мужского пола, обеспечивающий территориальную

защиту молодняка. У приматов есть несколько категорий групп: одиночного существования и пары мать—детеныш, моногамные пары взрослых особей с детенышами, односамцовые группы с относящимися к ним самками и детенышами, диффузные сообщества с длительно сохраняющимися связями матерей и детенышей. Поведение привязанности сохраняется обычно до начала полового созревания, но у многих видов привязанность к матери может продолжаться всю жизнь (копытные млекопитающие, многие приматы). На протяжении раннего детского периода приматы большую часть времени находятся в непосредственном физическом контакте с матерью. Детеныш стремится к матери ночью и в случае опасности вплоть до подросткового возраста. Важную роль в установлении связи мать—детеныш играет импринтинг — запечатление образа. Импринтинг происходит во время сенситивного периода, когда чувствительность организма к соответствующим стимулам максимальна. У самок млекопитающих импринтинг ассоциирован с родами и связан с выбросом на завершающем этапе окситоцина, он (импринтинг) происходит в течение нескольких минут (часов) после родов. У детенышей поток определенных ольфакторных, визуальных или аудиальных стимулов запускает запечатление материнского образа, происходящее в зависимости от вида в течение первых дней (месяцев) жизни. Этот процесс, необратимый в естественных условиях, и создает базу для дальнейшего развития детско-родительских отношений.

8.4. Типология зависимости

Новорожденные дети поддерживают визуальный контакт с матерью на расстоянии около 30 см. Эта дистанция связана с аккомодацией глаз новорожденных (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Отмечается также поисковый автоматизм, рефлекторное схватывание, целый ряд рефлексов, позже расценивающихся как патологические, например рефлекс Моро с подтягиванием конечностей к телу подергивающими движениями, сгибание и скрещивание ног. Младенец способен реализовывать сложное поведение в виде акта сосания с первоначальным поиском соска, обхватыванием его губами и дальнейшем рефлекторным сосанием с координацией сосательных и дыхательных движений. При этом наблюдается сокращение мышц шеи, сгибание конечностей, сжатие рук в кулаки, вытягивание ног. C. Trevarthen (1975) показал, что двухмесячный младенец применяет мимику, вербализацию, жесты, эмоции для общения и развивает достаточно теплые взаимоотношения с матерью, используя при этом звуковые и мимические сигналы. Если эти попытки к коммуникациям не находят поддержки, это приводит к их нарушениям. К 4 месяцам дети, растущие в семье, реагируют на мать особым образом и стараются следовать за ней, как только научатся ползать. К 6 месяцам (наблюдение детей племени ганда) отчетливо отмечается поведение привязанности — радость при контакте, стремление следовать за матерью и горе при разлуке с ней (Боулби, 2003).

При нашем кросс-культуральном исследовании взаимодействия мать—дитя выяснено (Samohvalov, Egorov, Niedner, 1992), что традиционная диалоговая структура взаимодействия мать—ребенок находится поддоминирующим влиянием невербального поведения младенца, причем поведенческий репертуар разных культур больше различается у взрослых, чем у детей.

Исследование было основано на покадровом анализе фильмов из коллекции архива Института этологии человека Общества Макса Планка, записанных в архаических сообществах Тробриандцев (Полинезия), Эйпо (Западная Новая Гвинея), Яномами (джунгли Венесуэлы), Тасадэй (Минданао, Филиппины), Гимба (Намибия, Южная Африка). Фильмы были посвящены взаимодействию детей в возрасте до года с матерями и записыва-

лись со скоростью 25 кадров в секунду скрытой камерой. Таким образом была исследована динамика поведения как матери, так и младенца в 30 тысячах кадров. Учитывались мимика, изменения позы, кинематики жеста. Соотношения частот, составляющих поведение в сфере мимики (в том числе взгляд в лицо матери), позе, жесте (в том числе частота прикосновений к матери) у младенцев в различных культурах оказалось одинаковым, но отличалось у матерей из различных культур. При спектральном анализе временных составляющих поведения оказалось, что ритмы невербальных коммуникаций матери с младенцем включают филогенетически древние составляющие, аналогичные некоторым ритмам взаимодействий у высших приматов, и располагаются в диапазоне от 0,3 до 3 поведенческих единиц в секунду. Было показано, что ритм поведения стимулируется и синхронизируется не матерью, а ребенком, мать лишь модифицирует данный ритм. Предполагалось, что данные закономерности имеют нейроэтологическое обоснование, включающее вовлечение зон мозга различной эволюционной глубины, что подтверждается новейшими нейробиологическими исследованиями.

В современном обществе ребенок в течение многих часов днем и ночью лишен физического контакта с матерью, и инициатива установления контакта от ребенка полностью перешла к матери. В результате детеныш человека, в отличие от других приматов, выделяет мать из других объектов раньше, чем способен активно цепляться за нее и двигаться в ее направлении. В дальнейшем выяснилось, что, будучи лишенным тесного телесного контакта с матерью, характерного для архаических сообществ, ребенок чаще прикасается к себе и искусственным объектам (игрушкам). При ранней и стойкой сепарации новые системы привязанности сопровождаются смещением на привычные действия и влечения (онихофагия, трихот илломания). У некоторых детей фиксировался страх перед посторонними, физиологичный для двух-четырехлетнего возраста, возникало избегание прямого взгляда и отсутствовало игровое поведение при «прятании», проявлялись клептоманические эпизоды. Система привязанности оказалась отчетливо связанной с установлением доминирования и иерархии. Дети, сепарированные в возрасте трех и более лет, активно стремились к лидерству, хотя всегда имели замещающие объекты (домашние животные, любимые игрушки). Дети, сепарированные до этого возраста, фиксировались на одном объекте, но не стремились внешне к доминированию. Субмиссивные дети в игровых группах чаще смотрели на доминанты, но избегали прикосновения к ним, в то же время доминантные дети в специальных учреждениях чаще стремятся к незнакомым взрослым и смотрят на них. Система визуального контакта и продолжительность взгляда на объект привязанности отчетливо отражает психическую зависимость, а избегание взгляда ассоциировано с субмиссивностью. Тем не менее и доминантность, и субмиссивность — характерные признаки нормативной зависимости, в то же время при усилении зависимости они ритуализируются. Доминантные дети стремятся подчинить себе нескольких слабых сверстников, а субмиссивные стремятся найти себе объект, который может их опекать (Самохвалов, 1995). Система тактильных коммуникаций также отчетливо отражает зависимость. Любимый объект обладания не дарится и не оставляется в одиночестве, его носят с собой, берут в постель, прячут или постоянно Демонстрируют окружающим. Обладая сверхценным для субъекта содержанием, он кажется совершенно незначимым другим.

Системы привязанности и зависимости остаются устойчивыми и у взрослых, часто ни позволяют преодолеть стресс утраты. Так, при изучении ритуала похорон Ура, распространенного у хантов (Samokhvalov, Gilburd, 1999), выяснилось, что преодоление реактив- °и депрессии при утрате осуществляется в этой архаической культуре путем изготовле-Ия куклы-копии умершего. Потерявший близкого человека постоянно носит ее с собой.

При нормально протекающих родах, без использования аналгетиков, ребенок и мать практически сразу готовы к установлению контакта. Обнаружилось (Russell et al., 1983), что у матери сразу после рождения есть сенситивная фаза контакта с ребенком: первых 30 минут после рождения для матери достаточно, чтобы помнить запах своего ребенка на протяжении следующих 6 часов. Со стороны матери это визуальный контакт с фиксацией взгляда на лице и глазах ребенка, улыбка, быстрый взгляд на ребенка и в противоположную сторону, тактильный контакт. Младенцы готовы к глазному контакту между 20-й и 30-й минутами жизни. На этот же период приходится пик потребности младенца в сосании. При этом сосание груди вызывает у матери выброс прогестерона и окситоцина, что приводит к сокращению матки и способствует прекращению маточного кровотечения, вызывает запечатление образа ребенка. Новорожденные смотрели на лицо матери, на сосок груди, скользили взглядом в направлении матери. При разлучении матери с ребенком после родов возможно развитие послеродовой депрессии и тревожных расстройств, привязанность матерей к детям в таких случаях выражена слабее. Все дети рождаются с мимикой и поведением тревожной депрессии, исчезающими в момент контакта с матерью. При депривации контакта с матерью поведение детей меняется — появляются гипомимия, яктация (раскачивание), стереотипное сосание пальца или пустышки (Самохвалов, 1996). Вероятно, гипотеза «переходного объекта», выдвину гая Д. Винникотом, отражает реальное положение депривированных в телесном контакте современных детей, которые вместо манипулирования и фиксирования тела матери вынуждены довольствоваться посторонним объектом или частями своего тела.

8.5. Этологические признаки зависимости от веществ и их аналоги

При наркоманиях этологически явно выступают знаки депривации: поза подчинения стоя и сидя на корточках с уменьшением размеров тела, руки висят или отведены за спину, ноги часто сплетены, позы сна — лежа на животе, индивидуальное расстояние во время беседы увеличивается. Характерно оживление оральной зоны при наркоманиях, т. е. жевание, сплевывание, оскал, полуоскал, облизывание, полухоботок, при алкоголизме — дрожание уголков рта, выдвигание верхней и нижней губы, зевание, выдвигание нижней челюсти, что имеет регрессивный характер и в норме относится к мимике новорожденных. Часты появления флаша при алкоголизме и горизонтальных морщин наряду с диссоциированной мимикой при наркоманиях, взгляд по сторонам и «за» собеседника. Жестикуляция всей рукой встречается достоверно реже, преобладает — кистью и пальцами, что также относится к регрессивным признакам (Самохвалов, 1994).

Интересные результаты могут быть получены при сопоставлении поведения и функциональной активности мозга нормальных младенцев и новорожденных с «алкогольным синдромом плода», при котором отмечено нарушение координации движений, конвульсии, повышенная активность и возбудимость, негативизм и атональное поведение.

Изучено также невербальное поведение при интоксикационном психозе (Корнетов, Самохвалов, 1990), включающее: вздрагивание, неподвижный взор, периодическую неадекватную смену плача и улыбки, групповой прием психоактивного вещества на корточках или лежа на спине, скрестив ноги, что аналогично отмеченному у детей раннего возраста поведению при депривации привязанности.

В. Я. Губерник(1985)с помощью этологического метода в воскресные дни фиксировал в ресторанах поведение больных алкоголизмом (возраст 25-55 лет), желавших купировать свою абстиненцию за час до разрешенного времени (период «сухого закона»)

продажи спиртного. Он обнаружил у похмеляющихся в большинстве случаев невербальные маркеры депрессии и дисфории, множественные стереотипии, особенно часто в груминге, а также другие регрессивные признаки, близкие микрокататонии. Регрессивные признаки были отчетливо связаны с формированием алкогольной энцефалопатии по комплексу клинических данных. В конце 1980-х гг. В. Я. Губерник обследовал 170 больных алкоголизмом и 210 мужчин, употреблявших спиртное, но без признаков алкоголизма. Больные обследованы клинически, антропометрически и этологически. Он установил, что ведущие клинические паттерны поведения, характерные для различных стадий алкоголизма, меняются в зависимости от конституционального типа.

При изучении переходов сложных форм поведения в период беседы врача и пациента, страдающего алкоголизмом, включающих признаки комфортного поведения, неофобии (избегание контактов), агрессивного поведения, пищевого поведения, груминга, исследовательского поведения, системы манипулирования, внимания и контакта, имитационного поведения, ритуализированных форм поведения, демонстрации подчинения, недифференцированных признаков поведения намерений, оказалось, что специфическим до начала речи врача-психиатра было преобладание поведенческих признаков внимания. В период контакта отмечались признаки подчинения либо агрессии. После прекращения контакта— признаки подчинения. Системы признаков подчинения и доминирования/агрессии исчислялись количественно в единицу времени по частоте элементов данных форм, например пристального взгляда, демонстрации плеча, жевательных движений, сжатия руки в кулак и так далее, на основании данных телеметрии (Самохвалов, 1995).

Структура динамики поведения при шизофрении, депрессиях и у психически здоровых лиц отличалась иной картиной. При этом у психически здоровых лиц консолидации на какой-либо из представленных 12 форм поведения не отмечалось. Фиксация при контакте со значимым объектом на признаках субмиссии/доминантности была характерна и для наркоманов (опийных и канабиоидных), однако у них преобладали в абстиненции признаки агрессии как в период контакта, так и после него, а после выхода из абстиненции — система подчинения на этих двух этапах. Было показано, что основные проблемы болезней зависимости связаны с системами доминирования. Они, в свою очередь, ассоциированы с территориальным и групповым поведением, а также поведением зависимости (родительским), которое и устанавливает в онтогенезе структуру инстинкта доминирования.

О. А. Гильбурд (2000) при изучении семиотики и типологии алкоголизма у славян с позиции этологии и социобиологии пришел к выводу, что в его основе лежит ритуализированный альтруизм, выражающийся в алкоголизации как форме символического «жертвенного» поведения. Система зависимости, в том числе психической, им рассматривается как социобиологическая проблема.

Вся система социальной биологии зависимости от психоактивных веществ типологически сходна с регрессивными инфантильными формами социального поведения. В частности, это относится к высокой тенденции к группированию, характерной для алкоголиков и наркоманов, территориальной фиксации источников зависимости и постоянной потребности маркировки границ группы, преобладании гомосексуальной ориентации, высокой выраженности социального «облегчения» и имитационного поведения. Практически те же особенности социального поведения присутствуют в группах обычных детей и подростков. Психологический словарь, описывающий состояние удовольствия от приема психоактивных веществ, соответствует описанию гедонистических переживаний в моменты оргазма и восходит к переживаниям комфорта при удовлетворении любой психической зависимости.

8.6. Психическая зависимость и система межиндивидуальной коммуникации

Биология коммуникаций основана на ольфакторном, тактильном, визуальном, аудиальном каналах, а также на социальных взаимодействиях, связанных с поведением обладания и обмена. Каналы коммуникации связаны между собой, и их анализ поэтому может носить лишь «партитурный», т. е. параллельный, характер. Например, при более тесном телесном (тактильном) контакте усиливается и ольфакторное восприятие, а также степень различимости визуальных элементов поведения. Общий принцип онтогенеза коммуникаций представлен на рисунке.

На этапе А система обмена родителя (матери) и ребенка связана с обменом сигналами на близком расстоянии. В результате естественной сепарации (этап В) после двух лет дистанция коммуникаций увеличивается. И позже, на этапе С, родительский/детский объекты замещаются (переадресовываются) на промежуточный объект. Предполагается, что возможна задержка на каждом из этапов онтогенеза, а также регрессия в результате патологии к более ранним этапы. Исходя из известной гипотезы психического дизонтогенеза В. В. Ковалева (1982), возможна также асинхрония развития, при которой отсутствие той или иной фазы по средовым причинам может привести к искажению последующих фаз. Система ольфакторной связи младенца и матери столь высока, что мать выделяет запах своего младенца среди многих, а он ощущает ее запах на значительном расстоянии, более 4-6 м (Самохвалов, 1996). Системы визуальных и аудиальных сигналов между ними не распознаются мужчинами и нерожавшими женщинами, а тактильный контакт носит непрерывный характер, охватывая значительные зоны тела. Дистаниирование в онтогенезе приводит к замене тактильного контакта глазным, т. е. визуальным, невербальных компонентов речи — вербальными, естественного запаха— искусственным.

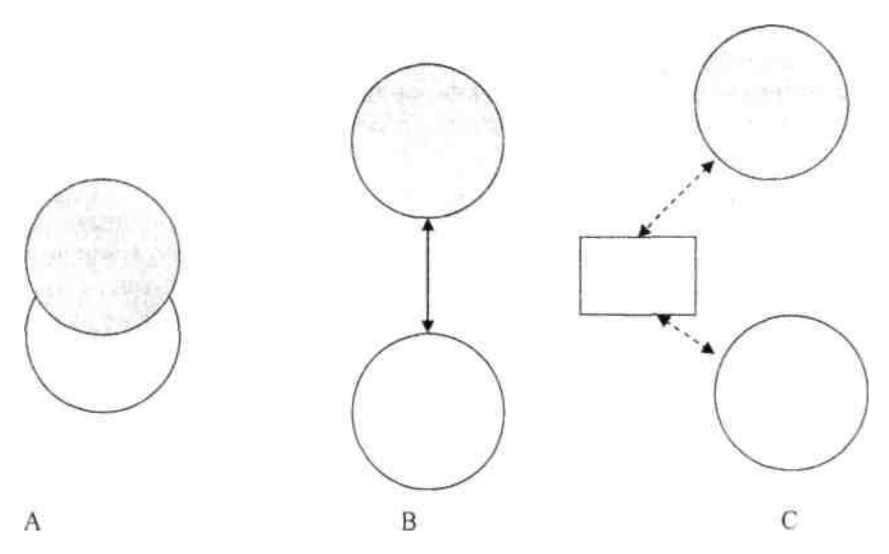


Рис. 3. Схематическое изображение онтогенеза системы зависимости

Примечание: А, В, С — этапы онтогенеза привязанности, заштрихованный круг — родитель (индуктор), незаштрихованный круг — ребенок (реципиент), прямоугольник — промежуточный (проективный, переадресованный или смещенный) объект привязанности. Сплошная стрелка — объективная обратная коммуникативная связь, пунктир — символическая связь

Этапы A, B, C предполагают разные территориальные отношения и размеры групп. В ходе онтогенеза все эти показатели увеличиваются.

Смещенный объект, которым может быть другой ребенок или домашнее животное, продолжает биологическую коммуникацию с ребенком. Но неживые объекты, игрушки осуществляют такую коммуникацию символически. В символическом смысле мы говорим, что объект привязанности алкоголика, наркомана к субъекту также осуществляет фактическую обратную связь, т. к. в зависимости от запросов реципиента меняются целые экономические и даже политические системы, ответственные за выпуск психоактивных веществ.

Социальные коммуникации обычно раскрываются в терминах социобиологии и включают: тенденцию к группированию и размер группы, социальное облегчение, территориальное поведение, число и виды коммуникаций, интеграцию поведения, информационный поток, время, посвященное социальному поведению, адаптивность/дезадаптивность, систему плата/выигрыш, филогенетическую инерцию, преадаптацию, экологическое давление, совокупную приспособленность, аллопарентальную заботу о потомстве и эволюционно-стабильные стратегии. Все эти системы изучены при явлениях зависимости лишь на уровне клинических наблюдений, хотя они доступны серьезному математическому анализу.

Так, тенденция к группированию различается при алкоголизме, приеме каннабиса и людомании. Если при приеме каннабиса и алкоголя важны размеры группы — более 2-3 субъектов, то при компьютерной людомании они носят виртуальный характер или вообще несущественны. Социальное облегчение отчетливо заметно по интенсивности еды и питья в больших ресторанах, по скорости принятия решения в «прозрачных» для наблюдателей полицейских участках и receptions, по интенсивности приема стимуляторов и питья в больших дискотеках по сравнению с небольшими дружескими вечеринками. Существующая в культуре тенденция к увеличению предельного размера группы способствует повсеместно и увеличению случаев зависимости от психоактивных веществ. При изучении архаических культур выяснилось, что предельные значения группы (рода) должны быть около 50-70 субъектов. При увеличении размеров группы следует ее распад на несколько групп.

Системы территориального взаимодействия групп с психической зависимостью распространяются как у животных, так и у людей на маркеры зоны территории, ее метки, границы, физиологические функции, оправляемые на территории, плотность популяции. Структуры территорий подростков и их метки (разрушения, граффити) напоминают миграционные треки, эти структуры меняются у подростков с людоманией или употребляющих психоактивные вещества. Как и у детей на игровой территории, у подростков и взрослых на данной территории доминирование устанавливается в строго определенной зоне, именно на ней и возможно максимальное количество конфликтов. Эта зона связана с расстоянием до источника удовлетворения. Например, на игровой площадке — это значимый источник игры, в специальных детских учреждениях — столовая, в компьютерных клубах—-самый новый и мощный компьютер.

Системы плата/выигрыш в социобиологии рассматриваются как ориентированные не столько на самого индивидуума, сколько на популяцию, при этом индивидуум является единицей естественного отбора. Расчеты платы/выигрыша основаны на базисных для популяционной генетической теории понятиях — дифференциальной рождаемости и смертности. Тот факт, что, несмотря на элиминацию «непродуктивных» генов, они продолжают воспроизводиться, обычно объясняют селективной ценностью. В частности. Плата за сепарацию ребенка — возникновение у него симптомов утраты, депрессии.

тревоги. Однако выигрыш заключается в готовности к новым сепарациям в экстремальных условиях, число которых по мере развития культуры и технологий непрерывно возрастает. Действительно, платой за развитие алкоголизма является разрушение конкретного индивидуума, семьи и деструкция социального окружения. Но выигрыш — это увеличение альтруизма близких родственников, возможность для них по-иному построить свое будущее в результате расставания с «неполноценным» объектом. Именно система плата/выигрыш поддерживает в популяции строго определенные соотношения подверженности к конкретным типам зависимости.

Эволюционно-стабильные стратегии включают кооперацию, альтруизм, агрессию и эгоистическое поведение. Их баланс в популяции обеспечивает поддержание стабильности групп. Кооперативная поддержка членов группы построена на принципе эквивалентного обмена, агрессивная стратегия связана с насилием в обладании источником удовлетворения, альтруизм — с отказом ради «своего» (реципрокный альтруизм) или постороннего, эгоистическая стратегия рассчитана на получения благ в основном путем обмана или в расчете на альтруизм окружающих. При любой патологии, в том числе и в результате зависимости, происходит фиксация на какой-либо одной стратегии, но отсутствует гибкая динамика стратегий. Стратегия может фиксироваться уже в раннем онтогенезе в семье. В нормальном онтогенезе динамика стратегий носит обратный характер, т. е. от эгоистического поведения — к кооперативному. Количественно стратегии оценивают по времени, уделяемому социальному поведению и его особенностям. Первоначально стратегии теоретически исследованы на примере модели хищник—жертва. Но затем выяснилось, что границы такой модели должны быть расширены в связи с применением ее к человеку. В частности, система воспитания и поддержки, исходящая от близких и дальних родственников при сепарации, болезни и отвержении ребенка (аллопарентальная забота), совокупная приспособленность, исчисляемая из вклада в поддержание уровня жизни индивидуума родственниками, альтруизм как родственный (реципрокный), так и истинный, дополняют стратегии социальных отношений при утратах. способствуют стабилизации или, напротив, деструкции социального поведения. При исследования выяснено, что в закрытых стационарах лица с зависимым поведением чаще общаются с персоналом и всегда образуют относительно изолированную группу, но также общаются и с пациентами, страдающими органическими расстройствами личности и эпилепсией; больные шизофренией чаще общаются с депрессивными и маниакальными пациентами, но избегают пациентов с органикой и эпилепсией. Эти факты гипотетически свидетельствуют об агрегации генов в результате их «тропности» при группировании. В частности, вероятно, что именно данное группирование обусловливает накопление экстенсивного гедонистического радикала в некоторых семьях (Samokhvalov, Egorov, 1994).

Косвенный признак селективной ценности зависимого поведения при естественном отборе — более высокая устойчивость и даже тропность таких лиц к болевому шоку, радиационному фону, психическому стрессу, что и заставляет их применять психоактивные вещества как условные «стрессоры», Тем не менее главные доказательства могут быть получены только при изучении дифференциальной рождаемости и дифференциальной смертности. Дифференциальная смертность лиц с зависимым поведением, по данным литературы, значительно выше, чем у здоровой популяции, а дифференциальная рождаемость при подверженности зависимости во время активного репродуктивного периода до 30 лет практически не отличается от средней в популяции. Это означает, что динамика популяционного процесса при наличии зависимости выше, и следует ожидать большее число поколений в единицу эволюционного времени. Вопрос о том. что

же поддерживает и даже повышает частоту зависимого поведения — увеличение числа сепарированных детей, факторы культуры, экономические стрессы. — остается открытым. Ясно только, что данный процесс является необходимым и значимым в эволюции человека как вида.

Из приведенной выше схемы понятно, что, даже если не учитывать генетический вклад в развитие зависимости, а лишь остановиться на ее коммуникативных аспектах, индуктор на всех этапах онтогенеза существенно влияет на реципиента. Описание делегированной патологии[2] показало, что термины «вторая жена алкоголика»', «мать наркомана»[4], «дети новых украинцев/русских» отражают определенные системы делегирования или с аналитической точки зрения проекции родственника на пациента. С позиции этологии можно говорить о смещенной активности. В классическом описании делегирования лицо, под чьим попечением находится ребенок, намеренно вызывает болезнь ребенка, используя различные методы, чтобы получить нужные симптомы: дает ребенку медицинские и химические препараты, портит лекарства, загрязняет трубки для искусственного кормления. От 10 до 30% жертв делегированного синдрома Мюнхгаузена умирают. В литературе описан случай Дженнифер, которая была госпитализирована в клинику 200 раз, перенесла 40 полостных операций и лишь после сепарации с матерью выздоровела (Comer, 2001). Делегирование, по сути, это поведение патологической гиперопеки и это те случаи, когда сепарация всегда необходима и полезна. Пациенты с делегированием могут страдать шизоидным, шизотипическим, истерическим расстройством личности. Но часто это случаи бессознательной ненависти к ребенку, понятные только при аналитическом подходе, например ненависть к ребенку как проекция ненависти к супругу/супруге. Приходилось наблюдать клинические случаи, когда мать провоцирует у ребенка зависимость к психоактивным веществам, «не замечает» явно деструктивное поведение ребенка и подростка, стимулирует у него развитие беззащитности, перекармливает его, увеличивает дозировку назначенных лекарств или вообще их не дает.

Итак, психическая зависимость относится ко всеобщей функциональной связи и происходит из биологии привязанности и обладания. Утрата и сепарация в сенситивные периоды могут привести к изменению порога психической зависимости и переключению от субъекта (объекта) зависимости на различные формы зависимости, связанные с употреблением психоактивных веществ. Гедонистический уровень, который поддерживается психической зависимостью, может быть реализован переключением на иные формы поведения. Например, на переедание, гиперопеку (детей и животных) и делегирование собственных черт на субъекта, сексуальное поведение, нарцистическую фиксацию и усиление комфортного поведения, стремление к политическому или профессиональному доминированию, ритуализированную агрессию (экстремальные виды спорта), виртуальную зависимость.

Делегированное расстройство заключается в том, что родитель (чаще мать), муж. жена Убеждены в наличии какого-либо психического или соматического расстройства у ребенка или члена семьи и всеми возможными методами имитируют или реально вызывают данное заболевание. Считается делегированным синдромом Мюнхгаузена.

Вторая жена алкоголика обыкновенно специально провоцирует мужа на алкогольные эксцессы, а затем интенсивно и сверхценно занимается его лечением.

[4] Мать наркомана препятствует употреблению наркотика у ребенка, но нередко включает *си*
[8] систему доставки наркотика в пеоиол абстиненции лля «блага» оебенка.

ГЛАВА 9

ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В АДДИКТОЛОГИИ

9.1. Методологические основания

Термин «evidence based medicine» («доказательная медицина») был введен во второй половине XX в. для обозначения медицинской практики, основанной на данных методологически корректных, научных в собственном смысле этого слова клинических исследований (Флетчер, Флетчер, Вагнер, 2004). Клиническая практика, основанная на строго доказанных научных фактах, в качестве новой парадигмы давно и прочно завоевала свои позиции во многих отраслях медицины. Научно обоснованные стандарты терапии Прочно вошли в такие разделы медицины, как кардиология, пульмонология, хирургия, онкология, гематология и ряд других. Между тем в некоторых отраслях медицины этот процесс существенно отстает от общих тенденций. По нашему мнению, одной из таких отраслей является отечественная наркология.

В чем причины этого отставания? Условно их можно разделить на две группы: общие для медицинской практики в целом и частные, специфичные для наркологии. К общим причинам можно отнести консервативность медицины, большую роль авторитетных мнений, накопленного опыта, традиции медицинского образования. Пытаясь решить сложный клинический вопрос, врач сталкивается с таким многообразием рекомендаций и подходов, что выбор верного решения зачастую весьма затруднен.

Частные причины, специфичные для наркологии, заключаются в том, что в этой отрасли медицины значительную роль играют социокультурные факторы — семья, традиции, культура, — квантифицированная стандартизованная оценка которых весьма затруднена. Кроме того, в отечественной наркологической практике высока распространенность т. н. «плацебоопосредуемой суггестии», являющейся, по сути, сциентистски декорированным шаманством, эксплуатирующим элемент мистического сознания, распространенного среди российских наркологических больных. Такие способы «лечения», как «капсула», «торпедо», «эспераль», кодирование, «интракраниальная транслокация», «методика 25-го кадра» и т. п. имеют в своей основе плацебоопосредованное воздействие. Они являются, по сути, не чем иным, как обман пациента, основанный на эксплуатации весьма распространенных и устойчиво персистирующих в популяции российских больных алкоголизмом и наркоманией мифов о реальном действии вышеупомянутых методов.

Выбор правильной врачебной тактики нередко весьма затруднен также в связи с большим и неуклонно возрастающим количеством медицинской литературы. Сейчас в мире издается 40 000 биомедицинских журналов, ежегодно в них публикуется около двух миллионов статей. Однако далеко не вся эта информация имеет одинаковый уровень достоверности. Требовать от практикующего врача того, чтобы он сам искал, оценивал и обобщал необходимую информацию, не имеет смысла — ему будет попросту некогда

лечить! Необходим некий «компас» для отбора значимой и достоверной информации. Важнейший принцип научно обоснованной медицинской практики связан с критическим анализом информации: «вес» каждого факта тем больше, чем корректнее и строже научная методика исследования, в ходе которого данный факт был установлен.

Информационный кризис в медицине достиг своего пика в 1960-е гг.: количество публикаций, разнообразие и противоречивость их результатов возросли настолько, что ставили в тупик как практических врачей, так и государственные органы, определяющие стандарты и регламентирующие правила оказания медицинской помощи.

Как реакция на этот кризис, в разных странах стали появляться документы, регламентирующие проведение исследований новых методов лечения перед широким их внедрением в практику (Мелихов, 2003). Пионером в законодательстве стали США, где еще в 1962 г. Управление по пищевым продуктам и лекарствам (Food and Drug Administration — FDA) подготовило первый законодательный акт, регулирующий эту сферу, — Drug Amendment Act. Этот документ явился, по сути дела, первым законодательным актом, где были декларированы принципы доказательной медицины. В 1964 г. вышла Декларация Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association), в которой были сформулированы и закреплены в виде законов правила проведения качественных клинических испытаний. Наконец, в 1977 г. в США были разработаны Правила качественной клинической практики (Good Clinical Practice — GCP), регламентирующие проведение исследований новых методов лечения и испытаний новых лекарственных средств. Эти правила усовершенствовались и стали основой для Рекомендаций о принципах клинических испытаний (Draft Guidelines on Good Clinical Practice — WHO GCP), опубликованных Всемирной организацией здравоохранения в 1992 г. В настоящее время в США для регистрации любого нового препарата требуется не менее двух GCP-исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины (а в реальности представляется в среднем от 8 до 12 исследований).

Лишь спустя 20 лет подобные нормативные акты начали разрабатываться в России. В 1998 г. был опубликован отраслевой стандарт (ОСТ 42-511 -99) «Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации». И хотя до настоящего времени регулирование процесса внедрения новых методов лечения в клиническую практику не столь жестко регламентировано, необходимо стремиться, чтобы в России утверждение новых методов лечения и разработка отраслевых стандартов проходили только на основе результатов исследований, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины.

В чем же заключается идеология доказательной медицины? Она зиждется на использовании научной методологии, основы которой были заложены еще И. Ньютоном и кратко сформулированы в виде его знаменитого высказывания «Гипотез не измышляю» (под «гипотезами» Ньютон понимал общие схоластические рассуждения об устройстве мира). В отличие от философов, пытавшихся создать глобальную картину мироздания на основе умозрительных заключений, Ньютон впервые предложил *оперировать только измеряемыми величинами* (масса, сила, скорость и т. д.), четко определять процедуры и* измерения и правила проведения экспериментов, находить между этими измеряемыми величинами статистические взаимосвязи и, таким образом, выводить законы, обладающие воспроизводимостью и предсказательной силой. Прошло несколько веков, и только в последние десятилетия эта идеология начала активно внедряться в медицинскую науку и практику в виде принципов доказательной медицины.

Доказательная медицина предлагает количественно определять выраженность симптомов болезни и эффектов лечебных воздействий с помощью валидных оценочных

шкал и тестов, регламентирует стандартные правила проведения клинических исследований, позволяющие находить статистически достоверные взаимосвязи между измеряемыми величинами, и обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследования и научно обоснованных практических рекомендаций.

Накопленный опыт проведения клинических исследований и детальный анализ их методологической состоятельности позволили ранжировать основные виды научно-медицинских исследований следующим образом (в порядке убывания доказательности их результатов):

1. Рандомизированные клинические испытания— применяются для исследования новых методов лечения и профилактики. Мы подробно обсудим методологию этих исследований ниже.

2. Проспективные когортные исследования — позволяют изучить факторы риска или прогностические факторы. При данном подходе большая группа испытуемых прослеживается в течение длительного периода времени (обычно годы), выделяются подгруппы, в которых факторы риска присутствуют или отсутствуют, и затем оценивается влияние данных факторов на исследуемые клинические переменные. Примером такого рода исследований может явиться оценка влияния употребления алкоголя и наркотиков на динамику развития ВИЧ-инфекции у больных наркоманией.

3. Исследование типа «случай-контроль» — это ретроспективное исследование, предназначенное для изучения трудно моделируемых в клиническом эксперименте или достаточно редких событий. В рамках данного подхода по интересующим исследователя параметрам сравнивается группа больных, у которых заболевание присутствует, с группой здоровых испытуемых. Например, для исследования влияния генетической предрасположенности к развитию алкоголизма сравнивают частотное распределение аллелей определенных генов в популяциях больных алкоголизмом и здоровых испытуемых.

4. Исследования серий случаев — исследование характеристик контингента больных или естественного течения болезни.

5. Описания отдельных случаев — например, описание клинических случаев зависимости от редкого лекарства или наркотика.

Убывающий порядок доказательности результатов исследований в приведенном выше перечне обусловлен вероятностью появления систематических ошибок в итоговых данных. Чем выше эта вероятность, тем более спорны выводы, сделанные на основании результатов исследования. В соответствии с этим принципом наиболее высокой силой доказательности обладают рандомизированные клинические испытания (randomized controlled trials). Это наиболее методологически близкий к классическому научному эксперименту вид клинических исследований, который при правильном планировании позволяет свести к минимуму систематические ошибки. Далее речь пойдет в основном именно об исследованиях этого типа, хотя многие положения, приведенные ниже, распространяются и на другие виды клинических исследований.

9.2. Планирование исследования

Основным документом, определяющим порядок проведения исследования, является *протокол исследования.* В нем формулируется его цель, четко обозначается дизайн исследования, детально описываются методика отбора испытуемых, формирования групп, проведения вмешательства, регистрации результатов и статистической обработки данных. Исследователь еще до начала работы должен четко представлять, что и как он будет делать на каждом этапе. Нарушать порядок проведения исследования. заЛиксиоо-

ванный в протоколе, можно только в исключительных случаях, и все отклонения необходимо регистрировать в отчетных документах.

Отличительная особенность исследований в соответствии с принципами доказательной медицины — присутствие четкой, заранее определенной *цели исследования.* Целью исследования могут быть: 1) определение терапевтических эффектов лекарственного средства по сравнению с контрольным; 2) оценка побочных эффектов лекарственного средства; 3) изучение критериев качества жизни и оценка стоимости лечения.

Четкая формулировка цели исследования облегчает задачу выбора *дизайна исследования.* Дизайн рандомизированного контролируемого испытания может быть различным. Наиболее распространена модель исследования в параллельных группах, когда в результате рандомизации формируются две (или больше) группы испытуемых, каждая из которых получает лекарство, отличное от других (или плацебо). Факториальный дизайн исследования применяется в тех случаях, когда необходимо исследовать эффективность комбинированной терапии двумя препаратами. При оценке результатов исследования методом двухфакторного дисперсионного анализа появляется возможность определить лечебный эффект каждого препарата в отдельности, а также их взаимодействие друг с другом. Наконец, перекрестная модель исследования предназначена для сравнительного изучения двух методов лечения; каждый участник исследования одновременно является контролем для самого себя, т. к. в процессе исследования «переключается» с одного препарата на другой. Такой подход обычно применяется при исследовании небольших выборок испытуемых, т. к. он позволяет брать на вооружение статистические методы с более мягкими критериями достоверности. Ограничение данного метода состоит в том, что для многих патологических состояний в наркологии ликвидационный период слишком продолжительный. Кроме того, могут присутствовать остаточные эффекты предшествовавшего лечения первым препаратом, оказывающие влияние на результаты последующего лечения другим препаратом.

Рандомизированное клиническое испытание всегда является проспективным. При этом возможны следующие варианты контроля: плацебо, отсутствие лечения, другое активное лечение, другая доза того же препарата, «обычное лечение» (usual care), контроль исходного состояния (baseline measures).

При исследовании новых лекарственных средств наиболее часто применяется плацебо-контроль, поскольку это наиболее методологически корректный метод определения эффективности лекарственного средства или метода лечения. Плацебо (placebo) — это индифферентное вещество, используемое при научной оценке действия лекарств под видом активного препарата. Технология плацебо-контроля этична только в тех случаях, когда испытуемый не получает существенного вреда, обходясь без лекарств.

Другой часто применяемый вариант контроля — т. н. активный контроль (active control or positive control).

При этом исследуемый препарат сравнивается с лекарственным средством, являющимся эффективными относительно исследуемого показателя. Обычно в таких случаях в качестве контроля используют т. н. «золотой стандарт» — лекарственное средство, достаточно давно и широко применяемое в клинической практике, эффективность которого хорошо изучена. Активный контроль применяется в случаях, когда неэтично применять плацебо, а также когда в интересах науки или маркетинга необходимо сравнить эффективность разных препаратов.

Отбор испытуемых — весьма ответственный этап проведения изыскания. Испытуемые — это группа больных с определенным диагнозом или диагнозами, относительно которых исследователи хотят получить заключения об эффективности и безопасности

определенного препарата, исходя из результатов исследования. Группы испьпуемых формируются на основе отбора по показателям, оказывающим или способным оказать влияние на исход заболевания или эффект исследуемого препарата. Группы испытуемых формируются с помощью *критериев включения и критериев исключения.*

Критерии включения определяют главные характеристики, которые должны быть представлены в интересующей исследователя конкретной группе больных. Например, при изучении терапии алкогольного абстинентного синдрома (ААС) в исследование должны включаться больные алкоголизмом в состоянии ААС.

Критерии исключения направлены на обеспечение безопасности исследований благодаря исключению пациентов, у кого действие лекарственного средства может привести к проблемам, связанным со здоровьем. Они также обеспечивают исключение факторов, способных оказать влияние на результаты исследования. В частности, при изучении терапии ААС с точки зрения безопасности целесообразно исключать больных, у которых имелись судорожные припадки или делириозные эпизоды в анамнезе, а из соображений корректности — больных с «двойным диагнозом» (алкоголизм и наркомания), т. к. у последних клиника и динамика ААС может различаться рядом особенностей. Обычно списки критериев включения и исключения достаточно длинные и в них входит много пунктов.

При отборе необходимо обеспечить нозологическую определенность и гомогенность групп испытуемых с учетом современных классификаций (МКБ-10 или DSM-IV). Проиллюстрировать значимость этой меры позволят следующие примеры. При изучении методов лечения больных опийной наркоманией необходимо исключать либо особо учитывать случаи полинаркомании, поскольку такие больные могут в процессе лечения или после него более легко перейти на другой наркотик со срывом ремиссии. Другой пример: при изучении методов терапии все того же алкогольного абстинентного синдрома для обеспечения гомогенности выборки в основную и контрольную группы желательно включать больных только в течение первых суток после отмены алкоголя, т. к. ААС имеет спонтанную динамику и продолжительность этого состояния, как правило, не превышает пята суток даже при отсутствии лечения.

Рандомизированные клинические испытания отличаются от других видов клинических исследований формированием основной и контрольной групп *методом рандомизации*— случайным способом распределения больных в группы, позволяющим исключить все возможные различия между сравниваемыми группами, потенциально способные повлиять на результат исследования. Для рандомизации обычно используются специальные компьютерные программы, основанные на алгоритме генерации случайных чисел. Менее корректным является случайный выбор испытуемым конверта с запиской, где указано на определение его в одну из исследуемых групп, т. к. после уже сделанного частью пациентов выбора шансы попадания следующих больных в опытную и контрольную группы окажутся не совсем одинаковыми. Отсутствие рандомизации приводит к появлению исходных различий между группами испытуемых и делает результаты исследования недостоверными.

Наряду с рандомизацией при формировании основной и контрольной групп применяют *метод стратификации.* Стратификация обеспечивает пропорциональное распределение испытуемых по группам с учетом факторов, существенно влияющих на результаты лечения. Так, при отборе участников для исследования эффективности стабилизации ремиссии при опийной наркомании важно учитывать долю ВИЧ-инфицированных в основной и контрольной группах (наличие ВИЧ-инфекции может влиять на стабилизацию ремиссии), соотношение мужчин и женщин (лица разного пола по-раз-

ному реагируют на терапию, например, антидепрессантами), распределение по возрастным группам. Тогда как рандомизация призвана нивелировать влияние на результаты эксперимента всех возможных факторов, оставляя лишь вероятность случайных различий между группами исследования, стратификация позволяет полностью устранить влияние ограниченного числа факторов. Стратификацию применяют также для повышения репрезентативности выборки, подгоняя ее состав в соответствии с популяцией в целом.

Для минимизации осознанной или неосознанной возможности повлиять на результаты исследования со стороны его участников в доказательной медицине применяется метод «ослепления» (англ. «blinding»). Различают простое слепое (single-blind), двойное слепое (double-blind), с ослеплением третьих лиц (third party blinding), тройное слепое (triple-blind) и открытое исследование (open-label). При простом слепом дизайне исследования больной не знает, какой препарат он получает, но эта информация известна врачу. При *двойном слепом* исследовании ни врач, ни больной не имеют информации о том, какой именно из исследуемых препаратов назначен испытуемому. При *двойном слепом исследовании с ослеплением третьих лиц* разные исследователи оценивают лечебные и побочные эффекты (с тем, чтобы по характерным побочным эффектам исследователь не мог установить, какой именно препарат получает данный испытуемый). При *тройном слепом* дизайне не только исследователи, контактирующие с больными, но и лица, занимающиеся статистической обработкой и анализом результатов исследования, не должны знать, какие именно препараты или методы воздействия стоят за кодами групп испытуемых. В случае, если два или более исследуемых препарата имеют разные лекарственные формы (например, капсулы и таблетки), применяется т. н. *«двойнаямаскировка»* (double dummy), когда назначения капсул препарата А одной группе испытуемых сопровождается также назначением им таблеток плацебо, а в другой группе таблетки препарата Б назначаются вместе с капсулами плацебо. Двойные и тройные слепые рандомизированные исследования позволяют исключить влияние осознанных и неосознанных установок и представлений как больных, так и исследователей об эффективности исследуемых препаратов или методов лечения, и получить действительно объективный научно обоснованный результат. Такие подходы рассматриваются в доказательной медицине в качестве «золотого стандарта» проведения клинических исследований.

9.3. Проведение вмешательства

При исследовании препарата важно соблюдать *принцип монотерапии* — необходимо следить, чтобы пациент в это время не принимал другие лекарственные средства. Когда состояние здоровья пациента требует дополнительных назначений, их количество Должно четко фиксироваться. В качестве примера можно привести назначение дополнительной терапии при исследовании новых методов лечения ААС. В ряде случаев в силу тяжести или негативной динамики состояния некоторых больных ААС назначение дополнительной терапии (бензодиазепиновых транквилизаторов, антиконвульсантов) оказывается необходимым по медицинским (а не исследовательским) соображениям. Однако если порядок такого рода назначений стандартизован (например, они осуществляется только раз в шесть часов при превышении индексом тяжести ААС по шкале CI WA "Ределенной величины в X баллов), а их объем тщательно протоколируется, то количество сделанных дополнительных назначений может явиться важным дополнительным Показателем эффективности терапии.

Отличительная черта испытаний новых методов лечения в наркологии — *контроль* ко*мплайенса.* Дело в том, что наркологические больные очень часто не принимают

назначенные им препараты и не следуют программе лечения. Для контроля комплайенса были разработаны два основных метода: рибофлавиновый маркер и микрочипы. Рибофлавиновый маркер представляет собой рибофлавин (витамин группы В), который добавляется как к исследуемому препарату, так и к плацебо. Рибофлавин флуоресцирует при облучении ультрафиолетовым светом, что позволяет легко осуществлять экспресс-контроль его содержания в моче и тем самым — контроль приема назначенных препаратов. Микрочипы, встроенные в крышку баночки с препаратом, устанавливаются в тайне от испытуемого; с их помощью регистрируют, сколько раз и когда открывалась банка с препаратом. Учитывать комплайенс очень важно при проведении клинических исследований в наркологии. Так, в одном из американских исследований было показано, что результаты лечения алкоголизма налтрексоном достоверно различаются в подгруппах больных с хорошим и плохим комплайенсом.

9.4. Оценка результатов

Оценка результатов вмешательства должна проводиться на основе *клинически релевантных критериев эффективности, которые делятся на первичные и вторичные.* Иными словами, эффективность вмешательства должна оцениваться в первую очередь на основании показателей, являющихся «мишенями» для исследуемого метода лечения. Например, применение налтрексона при опийной наркомании нацелено на поддержание ремиссии, т. е. при исследовании этого препарата показатели ремиссии первичны и должны рассматриваться в качестве основных при вмешательстве и статистической обработке данных. Такие признаки, как тревога и депрессия, хотя и могут снижаться у больных, стабилизированных на налтрексоне, но в описываемом исследовании играют второстепенную роль в оценке эффективности терапии, т. е. являются вторичными критериями. При изучении эффективности применения антидепрессантов для стабилизации ремиссии у больных опийной наркоманией депрессия и тревога, напротив, относятся к первичным показателям, а достигнутая на основе коррекции аффективных нарушений продолжительность ремиссии — ко вторичным.

Оценку выраженности симптоматики следует проводить с помощью *общепризнанных надежных объективных и валидных клинических шкал, опросников и тестов.* К наиболее распространенным общепринятым методикам в наркологии относятся такие, как индекс тяжести зависимости, специальные тесты для оценки патологического влечения к алкоголю и наркотикам, опросники, позволяющие оценить выраженность проблем, обусловленных злоупотреблением алкоголем, и многие другие. При этом очень важно использовать признанные во всем мире валидные апробированные методики. Например, при исследовании патологического влечения к алкоголю целесообразно применять четыре признанные в мире шкалы измерения степени интенсивности влечения: обсессивно-компульсивную, пенсильванскую, опросник потребности в алкоголе, а также визуальную аналоговую шкалу. Для оценки симптоматики алкогольного абстинентного синдрома большинство исследователей используют шкалу CI WA, а для общей клинической характеристики наркологического больного — индекс тяжести зависимости.

Все используемые диагностические методики должны пройти валидизацию в той языковой и культурной среде, где их планируется применять. Это особенно важно потому, что при переводе опросников на другой язык их диагностические свойства могут отличаться от оригинала. Главные характеристики диагностических тестов — их чувствительность и специфичность. Чувствительность теста определяется как доля лиц с положительным результатом теста в популяции с изучаемым заболеванием. Высокочувстви-

тельные тесты редко пропускают случаи заболевания и чаще применяются для первичного скрининга. Специфичность диагностического теста — это доля лиц с отрицательным результатом теста в популяции без данного заболевания. Высокоспецифичные тесты редко дают ложноположительные результаты, т. е. обладают высокой селективностью. Обычно такие диагностические методы применяют для исключения заболевания у данного пациента.

Очень важный компонент оценки результатов клинических исследований в наркологии — *объективизация клинических данных с помощью лабораторных методов исследования.* Так, ремиссия у больного алкоголизмом должна быть отмечена не только со слов самого пациента или его родственников, но и подтверждена с помощью биохимических тестов — карбоксидефицитного трансферрина или гамма-глутамилтрансферазы. Контроль ремиссии у наркозависимых проводится с помощью иммунохимических тестов на содержание наркотиков в моче. При отсутствии регулярного еженедельного контроля с помощью биохимических методов информацию о ремиссии нельзя рассматривать как достоверную.

Оценка результатов исследования должна проводиться в определенных временных точках. Периодичность измерений зависит от предмета исследования. Так, при ААС состояние пациента желательно оценивать один или даже два раза в день в силу довольно быстрой динамики этого состояния. При контроле ремиссии у наркозависимых ее биохимический контроль с помощью стрип-тестов на наркотики в моче необходимо проводить раз в неделю, что обусловлено периодом чувствительности данных тестов. Некорректным с точки зрения доказательной медицины представляется определение длительности ремиссии на основе катамнестических сведений, собранных спустя длительное время (полгода, год) после завершения лечения на основе информации, полученной от самих больных или их родственников.

Неотъемлемый компонент клинического исследования, особенно значимый для наркологии в силу упомянутого в начале данной статьи большого влияния социокультурных факторов, — учет наиболее значимых ковариат — факторов, оказывающих влияние на результаты лечения. Например, при исследовании эффективности лечения алкоголизма большое значение имеют такие ковариаты, как реабилитационный фон, ситуация в семье пациента и на производстве, исходная установка больного на трезвость, другие социальные и личностные факторы. Квантифицированная оценка всех подобных факторов с использованием их при проведении статистического анализа в качестве ковариат позволяет получить более достоверные результаты. В последнее время много внимания Уделяется биологическим и, в частности, генетическим факторам. Так, недавно было показано, что налтрексон существенно более эффективен при лечении алкоголизма у лиц, являющихся носителями строго определенных аллелей генов, кодирующих один из подтипов опиатных рецепторов. Тщательный учет ковариат помогает идентифицировать Фуппы респондентов, т. е. пациентов, положительно отвечающих на этот метод лечения, также установить связь таких факторов с величиной терапевтического эффекта.

Первичные данные, получаемые в ходе исследования, организуются в виде компью-еРных баз данных. На этом этапе часто применяется т. н. метод «двойного ввода» (double trV), когда одни и те же данные параллельно вводят два оператора, периодически осуществляя автоматическое сравнение обеих баз данных при помощи специальных проРамм для выявления ошибок ввода. Этап статистической обработки данных в настоя-Щее время, с появлением мощных статистических программных пакетов, не требует °Лько времени и сил, как прежде. Однако на этом этапе возможны ошибки, в первую Середь вследствие неправильно выбранного метода анализа. Довольно часто отече-

ственные исследователи ограничиваются использованием t-критерия Стьюдента, подсчетом коэффициентов корреляции, расчетом частотных таблиц, упуская из виду весьма существенные ограничения применения этих методов. Другая крайность — увлечение сложными методами многомерной статистики, интерпретация результатов которых без консультации специалиста часто приводит к ошибочным выводам. Для корректной статистической обработки данных клинических исследований целесообразно использовать стандартные методы их анализа, наиболее употребительные в клинических исследованиях: многофакторный дисперсионный анализ, регрессионный анализ, анализ выживаемости, факторный анализ и др. Кроме того, необходимо привлекать специалиста по биостатистике уже на начальном этапе работы к разработке плана клинического исследования для определения необходимой мощности выборки (количества испытуемых) с учетом вариабельности изучаемых переменных и особенностей дизайна исследования. Соблюдение этических принципов — неотъемлемый атрибут клинических испытаний по принципам GCP, которому уделяется особенно много внимания. Основными этическими принципами проведения исследований в доказательной медицине являются следующие:

1) получение информированного согласия пациента на участие в исследовании. Информированное согласие включает в себя подробное описание целей и методов исследования, групп испытуемых, особенностей действия изучаемых препаратов, возможных рисков, а также позитивных сторон участия в исследовании. Подчеркивается, что согласие на участие в исследовании должно быть абсолютно добровольным;

2) конфиденциальность персональных данных, включая защиту данных от несанкционированного доступа;

3) определение стимулов участия в программе, в том числе в виде денежного вознаграждения. Специально рассматривается отношение «риск/польза», позволяющее более формализованно определить соотношение позитивных аспектов и рисков участия больных в клиническом испытании;

4) одобрение этического комитета требуется во всех случаях испытаний лекарственных препаратов и прочих исследований на людях.

В последнее время в отечественной научной литературе особенно обострились дискуссии о том, что результаты двойных слепых рандомизированных клинических испытаний не могут быть прямо перенесены в реальную клиническую практику. В качестве аргументов обычно упоминается создание «искусственных», «лабораторных» условий при проведении испытания, изменяющих «истинную» реакцию пациента на проводимое лечение; задание жестких критериев включения-исключения, якобы не позволяющих обобщить результаты для широкого спектра патологии, с которым сталкивается врач в своей практике; трудности квантифицированной оценки симптомов болезни и показателей эффективности лечения; невозможность обнаружения неожиданных эффектов лечения, заранее не включенных в перечень оцениваемых параметров и др.

Действительно, исследования в парадигме доказательной медицины отличаются определенной формализованностью и «модельностью», но эти качества— неотъемлемые свойства любого научного эксперимента. Пренебрежение ими неизбежно ведет к ослаблению строгости выводов. В этом случае любой критически мыслящий клиницист увидит элементы субъективизма и предвзятости в подобном исследовании. Результаты исследования, не соответствующего строгим научным принципам, теряют универсальность, т. к. они привязаны к уникальным условиям данного клинического наблюдения.

Только стандартизировав и формализовав условия эксперимента (в том числе и клинического), мы можем выявить определенные объективные закономерности и взаимо-

связи, существующие в природе. И пусть полученный результат эксперимента будет отвечать на узкий конкретный вопрос, поставленный при проведении данного конкретного исследования, но этот результат будет объективным и воспроизводимым (при воспроизведении условий этого эксперимента), он будет тем маленьким, но твердым кирпичиком, из каких постепенно складывается величественное здание научной картины мира и технологического прогресса. По мере накопления таких объективных знаний и усовершенствования методов исследования (включая в том числе и методы квантифицированной оценки симптомов болезней) мы будем постепенно приближаться к все более глубокому пониманию и самой патологии, и подходов к ее эффективному лечению.

Следование принципам доказательной медицины необходимо также для интеграции отечественной медицины вообще и наркологии в частности в мировое медицинское научное сообщество. К сожалению, сегодня большинство научных медицинских журналов и оргкомитетов конференций не принимает к рассмотрению материалы исследований, выполненных без соблюдения данных принципов, ведь сама доказательная медицина рассматривается в качестве синонима научной медицины.

ГЛАВА 10

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В АДДИКТОЛОГИИ

Среди прочих форм аддикции особую общественную значимость представляют химические зависимости, среди которых наркомании выделяются тяжестью и спецификой социальных и медицинских последствий. Традиционные проблемы здесь — незанятость, нарушения семейных отношений, криминальная активность, высокая смертность, общее ухудшение состояния здоровья, риск заражения гепатитами и ВИЧ-инфекцией. Логично было бы предположить, что целевыми задачами медицинской и социальной помощи нарковависимым следует считать улучшение ситуации во всех сферах их жизнедеятельности, связанных с употреблением наркотиков. Эти критерии и должны лежать в основе выбора оптимальных моделей медицинской помощи и их приоритетного финансирования.

Формальное согласие с таким подходом, однако, не означает его применения на практике. О необходимости совершенствования и пересмотра всей методологии лечения наркоманий говорилось давно (Пятницкая, 1994). Но по прошествии лет ничего не меняется. Наркопотребители по-прежнему остаются отверженной социальной группой, а российская наркология, как и прежде, не приемлет терапевтических подходов, связанных со стратегией «уменьшения вреда». Со всей очевидностью это можно видеть на примере традиционных подходов к лечению наиболее распространенной формы наркотической зависимости — опийной наркомании. Основные этапные задачи самого лечения здесь таковы: помощь в преодолении острых проявлений синдрома отмены, купирование психопатологической симптоматики постабстинентного периода и противорецидивная терапия на этапах становления и стабилизации ремиссии.

Для оценки эффективности любого лечения ключевыми являются два вопроса: в какой степени достигаются цели лечения и насколько используемые методы соответствуют задачам терапии.

Главная цель лечения синдрома отмены опиоидов — редукция острой абстинентной симптоматики, которая может быть достигнута вовсе без лечения при соблюдении условий, исключающих употребление опиоидов в течение 2-3 недель. Таким образом, при наличии достаточного времени цели лечения на этом этапе, безусловно, будут достигнуты. Основным препятствием на этом пути выступает неспособность пациента терпеливо переносить проявления психофизического дискомфорта, связанные с отвыканием от наркотика. На сегодняшний день в системе здравоохранения основной формой лечения остается рутинная дезинтоксикация. При этом широкая распространенность инфузионной терапии и эфферентных методов свидетельствует о том, что синдром отмены по-прежнему воспринимается буквально как токсемия. Не имеющие ничего общего с научными данными представления, отождествляющие наркотическую зависимость с отравлением, вполне согласуются с необходимостью «чистки крови» и полностью соответствуют лечебным подходам, применяемым в отечественной практике.

Вне зависимости от используемых методов едва ли не основной проблемой первого этапа помощи считается задача удержания пациента на лечении до полного купирования абстинентной симптоматики. Основным способом достижения этой цели в отсут-

ствие заместительного лечения остается массивная психотропная терапия с неизбежной полипрагмазией (Воронин, 1993; Сиволап, Савченков, 2000; Иванец, Винникова, 2001; Гофман, 2003). Внешний вид пациентов из-за медикаментозной заторможенности соответствует проявлениям нейролепсии, возникающей при лечении острых психотических больных. Избыточная лекарственная нагрузка приводит к развитию психозов, вовсе не характерных для острой депривации опиоидов per se, а распространенность полиэтиологического поражения печени у больных опийной наркоманией угрожает развитием фармакогенных гепатитов (Сиволап, Савченков, 2005). Для многих практикующих врачей совершенно очевидно, что законодательный запрет на использование агонистов для целей детоксикации оборачивается для больных риском развития ятрогенных осложнений. Отсутствие подобной проблематики в зарубежной литературе только усиливает ощущение того, что эти сложности носят искусственный характер и отражают неадекватные лечебные технологии, существующие в нашей специальности. Следует заметить, что состояние опийной абстиненции само по себе, за редким исключением, не угрожает жизни и здоровью пациента. То есть риск от осложнений лечения превышает опасность самого синдрома отмены. Как может выглядеть оценка такого лечения с точки зрения общемедицинских подходов и как это согласуется с основным врачебным каноном — «Не навреди»?

Значительно более приемлемой, исходя из уменьшения риска осложнений, выглядит широко применяемая в мире терапевтическая схема поступенчатого снижения дозы наркотика с использованием для этой цели метадона или бупренорфина (Rosen, 1997).

В отечественной наркологии главной целью и одновременно показателем эффективности лечения считается полнота и длительность ремиссии. В отношении больных наркоманией это означает полный отказ от употребления любых наркотических веществ. Таким образом, факт прекращения наркотизации становится основополагающим в оценке эффективности лечения. Предупреждение рецидива — основная терапевтическая задача, а главным препятствием на этом пути считается патологическое влечение к употреблению психоактивных веществ. С эффективным подавлением этого болезненного влечения связывается стабильность ремиссии. Патологическое влечение при этом рассматривается как психопродуктивное (Альтшулер, 1994) или даже процессуальное (Чирко, Демина, 2002) расстройство, что влечет за собой применение долгосрочных программ комплексного психофармакологического лечения (Винникова, 2004). Проблема, однако, заключается в том, что аддиктивные феномены оказываются фармакорезистентными к действию психотропных лекарственных средств, а необходимость длительного их применения только увеличивает частоту побочных эффектов (Сиволап, Савченков, 2005). Кроме того, использование нейролептиков в качестве одного из основных компонентов амбулаторной противорецидивной терапии наркотической зависимости сопряжено с чрезвычайно низким комплайенсом. Проще говоря, пациенты просто избегают приема этих препаратов из-за их антидофаминергических эффектов. В западной наркологии показаниями к назначению психотропной терапии выступают только коморбидные психические расстройства, т. е. обязательное условие — двойной диагноз (McCance-Katz, Kosten, 1998). Другими словами, психопатологическая симптоматика не рассматривается как проявление аддиктивного влечения. Поведенческие расстройства и рецидивирующая Динамика, связанная с потребностью в наркотиках, интерпретируются в терминах нейРоадаптации (Koob, 1996). Проблему психической зависимости пытаются решать путем программной психотерапии и заместительного лечения. Оставляя в стороне спорные вопросы противорецидивной терапии, приходится признать, что абсолютизация подходов, ориентированных исключительно на достижение полной и стабильной ремиссии,

ставит профессионала в очень уязвимое положение с точки зрения оценки результатов лечения. Так, среди больных героиновой наркоманией, госпитализированных в НИИ наркологии МЗ России, лишь около 8% преодолели одногодичный порог ремиссии (Иванец, Винникова, 2001; Чирко, Демина, 2002). Приблизительно такие же показатели (5-9%) получены и другими исследователями терапевтических ремиссий у наркозависимых (Рохлина, Воронин, 1991; Киткина, 1993). Неудовлетворительные результаты традиционно связываются с недостаточной продолжительностью лечения и отсутствием реабилитационного звена в системе наркологической помощи (Пятницкая, 1994; Цетлин, Пелипас, 2000; Рохлина, Козлов, 2001). Однако даже при добровольном годичном пребывании в терапевтической коммуне ремиссии продолжительностью более 1 года достигают лишь 15% наркозависимых (Шабанов, Штакельберг, 2000). При этом остается неясным, является ли сама продолжительность лечебно-реабилитационных мероприятий предиктором положительных результатов, или собственная мотивация на отказ от наркотиков помогает пациентам длительное время удерживаться в лечебных программах. Если верно второе предположение, то сама длительность лечения может лишь формально отражать требования, предъявляемые к эффективной помощи. В настоящее время отчетливо ощущается дефицит программ, основанных на профессиональной психотерапии. Большинство реабилитационных центров в России ориентированны на трудотерапию, религиозное воспитание или идеологию «12 шагов».

Так или иначе, *в отечественной наркологии стойкое воздержание от употребления любых ПАВ остается единственной целью программ медицинской помощи, а рецидив рассматривается как неудача предшествующего лечения.* Лишь последнее время неполные или частичные ремиссии стали рассматриваться как проявления положительной динамики (Винникова, 2004; Пятницкая, Зобин, 2004).

Такое положение дел с преобладанием терапии, проводимой по моделям лечения острого заболевания, отражает искаженные представления относительно природы болезни. Купирование основных проявлений абстинентного синдрома и относительная стабилизация психического состояния не означают выздоровления. Наркотическая зависимость по многим параметрам аналогична любому другому хроническому заболеванию, возникновение и течение которого обусловлено совокупностью генетических, биологических, поведенческих и средовых факторов (Пятницкая, 1994; O'Brien, McLellan, 1996). В процессе формирования зависимости возникают устойчивые сдвиги гомеостаза и функционирования мозговых систем (Пятницкая, 1994; Анохина, 2000; Nestler, 1997). Эти устойчивые изменения в деятельности мозга становятся основой качественно нового состояния, когда прежде добровольное, контролируемое употребление приобретает характер неодолимого влечения (Koob, 1996; Leshner, 1997) и проявляется «личностной предиспозицией к зависимому поведению в целом» (Менделевич, 2003). К особенностям этого качественно нового состояния относится не только потенциальная готовность отвечать на средовые воздействия аддиктивной реакцией, но и возможность спонтанного сдвига состояния с развитием рецидива. Однако рецидивирующий характер течения типичен и для целого ряда соматических хронических заболеваний, включая такие распространенные формы, как гипертоническая болезнь, диабет, бронхиальная астма (O'Brien, McLellan, 1996). Никто не ставит своей целью добиться окончательного излечения диабета или гипертонической болезни. Много усилий и настойчивости потребуется для эффективного предупреждения приступов бронхиальной астмы или судорожных припадков при эпилепсии. Общемедицинские подходы при лечении таких заболеваний предполагают длительную поддерживающую терапию, последующее наблюдение и некоторые режимные ограничения, связанные с регулярным приемом лекарств, диетой и

коррекцией привычного стиля поведения. Обострение заболевания может быть обусловлено неадекватным лечением или объективной тяжестью самой болезни, но также может быть спровоцировано и действиями самого пациента. Принято считать, что сознательное нарушение лечебного режима характерно для немотивированных пациентов с алкоголизмом и наркотической зависимостью, проявляющих таким образом свое нежелание лечиться. В действительности больные соматического профиля довольно часто нарушают врачебные предписания, связанные и с лечебными назначениями, и с отказом от вредных привычек. Необходимость в таких случаях возобновления лечения после его прерывания и последующего рецидива не воспринимается как дефект оказания медицинской помощи. Хотя стойкое улучшение состояния остается главной целью терапии, длительность и полнота ремиссии не является определяющим во всех случаях показателем адекватности лечения.

Наркотическая зависимость, будучи хроническим рецидивирующим заболеванием, однако, выпадает из общего медицинского контекста. Прежде всего речь идет о моральном отторжении. Формально сознательное поведение больного трактуется как произвольное, ориентированное исключительно на эгоистические интересы получения собственного удовольствия. Компульсивное влечение, таким образом, воспринимается как реализация гедонистической установки. Принципиальная возможность обходиться без наркотиков расценивается как доказательство нежелания пациента расставаться с вредной привычкой. Социальные и поведенческие отклонения, будучи проявлениями болезни, трактуются исключительно как злонамеренное и безнравственное поведение. Нелегальный статус наркотика только усиливает стигматизацию больного в общественном сознании. Общее требование всех российских государственных и общественных институтов в отношении наркозависимых — безоговорочный отказ от употребления любых психоактивных веществ. В действительностиобществоотказывается признавать наркологического больного жертвой, пусть даже его собственных ошибок. Не имея никаких оправданий своему предосудительному поведению и лишенные позитивных стимулов, больные сплошь и рядом терпят неудачу в попытках вырваться из зависимости. Социальный прессинг при этом лишь усиливает чувство вины и отверженности. Изначальным же условием любой лечебно-реабилитационной программы считается полное и бесповоротное воздержание не только от употребления вещества, по отношению к которому сформировано патологическое влечение, но и ко всей совокупности веществ, злоупотребление которыми может привести к возникновению викарной формы зависимости (Цетлин, Пелипас, 2000).

Таким образом, основная задача терапии — отказ от употребления ПАВ — выступает как условие начала лечения. Невыполнение этого требования исключает возможность для пациента пребывания в лечебной программе. Следует сказать, что запрет на употребление любых ПАВ — общее правило для всех моделей лечения и реабилитации. ориентированных на жизнь без наркотиков. Оправданность такого подхода не вызывает сомнения. Однако всегда будет существовать наиболее проблемная часть потребителей, недостаточно мотивированных или неспособных отказаться от наркотиков. Именно они остаются изолированными и вовсе не получают никакой помощи. Не удерживаясь в лечебных программах, эти пациенты попадают в разряд «некурабельных», а в случае заражения ВИЧ получают штамп «социально бесперспективных». Существует убеждение, что единственной альтернативой сознательно мотивированному и добровольному обращению за медицинской помощью выступает принудительное лечение. Ошибочность таких представлений доказывают результаты аутрич-работы в рамках стратегии Уменьшения вреда.

Американские исследователи (Booth etal., 1996) изучили 2973 потребителя инъекционных наркотиков, обратившихся за контрольным лабораторным обследованием ВИЧ-инфекции. Случайным способом все обратившиеся были распределены на две равные группы. В одной группе, кроме самого обследования, были проведены три сессии мотивационного консультирования по образовательной программе в связи с употреблением нелегальных наркотиков. По результатам 6-месячного катамнеза в группе, где проводилась дополнительная работа в отношении ответственного поведения в связи с наркотизацией, по сравнению с контрольной группой приблизительно вдвое уменьшились частота инъекционного употребления и количество арестов.

Анализ многочисленных исследований злоупотребления опиоидами за последние 25 лет показывает, что приблизительно одна треть наркопотребителей преждевременно погибает, около трети продолжает наркотизацию разной степени интенсивности и одна треть преодолевает зависимость с выходом в стойкие многолетние ремиссии (Parsons, 2002). Прекращение наркотизации с возрастом примерно в 1/3 случаев подтверждают и данные российских социологов (Кесельман, Мацкевич, 2001).

Сопоставление, таким образом, результатов лечения опийной наркомании с характеристиками спонтанной динамики заболевания способно поставить под сомнение если не целесообразность самого терапевтического вмешательства, то уж, во всяком случае, его экономическую эффективность. Однако результаты исследований, проведенных в США и странах Западной Европы, убедительно показывают общественно-экономические выгоды, связанные с возможностями лечения по снижению медицинских и социальных последствий злоупотребления наркотиками. Экономические издержки, которые ложатся на бюджет, состоят не только из затрат на лечение последствий наркотизации, включая вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию. Значительные затраты для общества составляют криминальная активность наркопотребителей и связанная с этим необходимость выделения дополнительных ресурсов на содержание правоохранительных институтов и учреждений исполнения наказания. Дополнительные социально-демографические издержки и гуманитарные потери определяются незанятостью, прозелитизмом и склонностью к рискованному поведению в условиях развития эпидемии ВИЧ. Следует напомнить, что в России главный путь передачи этой инфекции — парентеральный. По данным M. Kreek (1992), стоимость пребывания в реабилитационной программе составляет от $12 000 до $15 000 в год на человека, в то время как преступления, совершенные наркопотребителем в попытках достать наркотики за этот же период, обойдутся обществу в сумму от $50 000 до $ 200 000. Примерно такие же затраты повлечет за собой годовой курс лечения СПИД. Для экономической оценки эффективности лечения больных, злоупотребляющих наркотиками, была создана специальная программа сбора данных по используемым ресурсам (French et al., 1997). В сочетании с «индексом тяжести зависимости» указанные стандартизированные инструменты позволяют рассчитывать показатели рентабельности различных моделей лечения. Так, анализ нескольких программ стационарного лечения в штате Вашингтон выявил, что среднее соотношение прибыли и затрат составляет 4,34:1 (French et al., 2002). В ходе двухлетнего проспективного когортного исследования, выполненного в рамках национального проекта по изучению результатов лечения злоупотребления наркотиками в Великобритании только из-за снижения криминальной активности доходность инвестиций, направляемых в службы медицинской и социальной помощи, составила от 9,5:1 до 18:1 (Godfrey etal., 2004). Годовая программа заместительной поддержки метадоном обойдется налогоплательщикам в среднем в $ 4700 на человека, а тот же период его содержания в исправительном учреждении будет стоить $18 400. По самым сдержанным оценкам, каждый доллар, вло-

женный в программы лечения наркотической зависимости, только из-за снижения криминальной активности экономит обществу 4 доллара, а с учетом затрат системы здравоохранения соотношение составляет 1: 12 (Principles...., 1999). Существенное значение имеют также снижение частоты конфликтов, повышение профессиональной продуктивности, уменьшение количества несчастных случаев, связанных с наркотизацией.

Следует сказать, что *в англоязычных странах и странах Западной Европы в целом вместо понятия «ремиссия» для оценки эффективности лечения наркозависимости используются термины «результаты» и «катамнез»* («outcomes», «follow up»). Это связано не только с широким распространением программ заместительной терапии, где понятие ремиссии может быть недостаточно корректным. Существенной стала прагматичная ориентация с адекватной оценкой возможностей лечения и сдвигом представлений от нереалистичных, морализаторских позиций нулевой толерантности в сторону научно обоснованной стратегии уменьшения вреда.

В отличие от подходов, принятых в отечественной наркологии, в мировой практике сам факт употребления наркотических веществ не признается единственным или определяющим критерием эффективности лечения. Так, например, американские исследователи подчеркивают, что полное и долговременное воздержание от наркотиков как результат терапевтического воздействия встречается достаточно редко. С учетом всех медицинских и социальных последствий наркотизации эффективная помощь оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с наркопотреблением (Hubbard, 2003).

В первую очередь это ситуация с употреблением основного наркотика, по отношению к которому сформирована зависимость. Здесь идеальным результатом считается полная ремиссия. Однако как позитивные изменения оцениваются: сокращение продолжительности рецидивов, уменьшение частоты приема наркотика, снижение потребляемой дозы, отказ от внутривенного употребления, переход на более легкие наркотики, прекращение или снижение частоты употребления нелегальных наркотиков.

Показатели занятости также чрезвычайно существенны для оценки результатов лечения. Признаки позитивных изменений — возобновление учебы, трудоустройство с приобретением экономической самостоятельности, усилия, направленные на получение специальности.

Улучшение качества жизни сопряжено с улучшением межличностных отношений в семье, нормализацией отношений с друзьями и коллегами по работе. Поэтому уменьшение количества конфликтов, улучшение социальной адаптированности на основе появления новых интересов и позитивной поддержки окружающих служат показателями эффективной помощи.

Значимой характеристикой терапевтических результатов выступает *состояние общего и психического здоровья.* При этом оценивается уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией и коморбидными психическими расстройствами, лечение имеющихся соматических осложнений, а также улучшение психологического самочувствия в целом.

Снижение криминальной активности наркопотребителей остается для общества одним из основных критериев эффективности программ медицинской и социальной помощи. При этом оценке подлежат как правонарушения, непосредственно связанные с Распространением наркотических средств, так и другие виды правонарушений, совершаемые с целью получения средств для приобретения наркотиков. Значимым оказывается также уменьшение количества инцидентов, связанных с наркопотреблением (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).

С позиций формальной логики и здравого смысла совершенно очевидным представляется противоречие между признанием хронического характера наркологического заболевания с отрицанием принципиальной возможности выздоровления и целями лечения, ориентированными во всех случаях на полный отказ от употребления любых ПАВ. Клиническая реальность подводит нас к необходимости пересмотра критериев эффективности лечения с более широким охватом всех позитивных изменений, наблюдаемых в процессе терапии (Цетлин, Пелипас, 2000). Не оставляя настойчивых усилий по достижению полной абстиненции, следует признать обоснованность и значимость промежуточных задач лечения как приемлемой цели терапевтических усилий. В частности, в отношении наркомании позитивными промежуточными результатами могут считаться:

- пребывание в лечебно-реабилитационной программе даже в случае продолжения наркотизации;
- замена одного наркотика на другой с меньшим потенциалом вредных последствий;
- переход от употребления нелегальных наркотиков на официальные формы;
- снижение интенсивности наркотизации и прекращение инъекционного способа употребления;
- отказ от использования нестерильного инструментария для осуществления инъекций.

Поддержка и поощрение даже незначительных этапных достижений на пути преодоления зависимости позволяет уйти от постоянно существующей скрытой конфронтации, неизбежно возникающей из-за нереалистичных задач терапии с требованием отказа от употребления любых ПАВ. Тем самым, может быть, удастся уменьшить разочарование пациентов в возможностях лечения, их изоляцию и наметившийся в последние годы отток из лечебных учреждений. Срывы или рецидивы в случае возврата пациента на терапию следует рассматривать не как неудачу лечения, а как сохранение позитивной тенденции. Удержание в программе лечения во всех случаях улучшает результаты (Иванец, 2000; Цетлин, Пелипас, 2000; Simpson, Sells, 1982; Hubbard, 2003). Изменение подходов к оценке эффективности лечения, среди прочего, будет способствовать привлечению наркопотребителей к терапии, что расширит их доступы к программам социальной и медицинской помощи.

В 1970-1980 гг. вышло немало публикаций, посвященных разработке различных стратегий и методов оценки эффективности лечения (Bale et al., 1977; Goldstein et al., 1977; Maddux, Desmond, 1986). Для унифицированной оценки результативности лечения были разработаны специальные инструменты. Наиболее известные из них: американский «индекс тяжести зависимости» (Addiction Severity Index —ASI) (McLellan et al., 1980), австралийский «индекс лечения опиоидной зависимости» (Opiate Treatment Index — OTI) (Darke et al., 1992) и созданный английскими исследователями «профиль зависимости» (The Maudsley Addiction Profile — MAP) (Marsden et al., 1998). Все три инструмента — это стандартные наборы для оценки тяжести самой зависимости и проблем, с ней ассоциированных: состоянием общего здоровья, противоправной деятельностью, рискованным поведением, характером занятости, микросоциальными и семейными отношениями и, наконец, психическим здоровьем. ASI представляет собой полуструктурированное интервью и включает в себя почти 200 вопросов. Для проведения обследования требуется 40-60 минут. OTI — структурированное интервью, рассчитанное на 30-40 минут. MAP является формализованным опросником с минимально достаточным объемом сведений по основным (четырем) проблемным областям и занимает 12—И минут. Возможность многомерной квантифицированной сцен и позволяете помощью

указанных инструментов определять выраженность основных проблем пациента. Это, с одной стороны, помогает осмысленно и целенаправленно планировать лечебно-реабилитационные мероприятия, а с другой — дает возможность оценивать эффективность вмешательства и обеспечить сравнимость результатов различных моделей лечения.

Привычным способом сбора катамнеза у нас традиционно является клинико-катамнестический метод. По существу, это беседа с самим пациентом, получение информации от ближайших родственников и сведения из официальных источников (место работы, лечебные учреждения, правоохранительные органы и т. п.). При этом анализируется весь период, прошедший с момента завершения лечения. Такой динамический подход, имея свои преимущества, затрудняет, однако, формализацию полученных данных и возможности сравнительной оценки. Следует также иметь в виду флюктуирующий характер проявлений самой зависимости с возможностью спонтанных ремиссий или уменьшения интенсивности наркотизации в силу разных причин. Речь, таким образом, идет о том, что оценка непосредственного воздействия лечения на последующую динамику «наркотической карьеры» порой довольно проблематична.

С этой точки зрения более доказательными выглядят результаты лечения при их сопоставлении по основным оценочным параметрам с ситуацией, непосредственно (в течение 30 дней) предшествовавшей терапии. Именно в таком ключе «работают» представленные выше опросники. Многофакторные диагностические «срезы» можно проводить через различные временные промежутки, при этом количественные показатели обеспечивают возможности экономической интерпретации клинических результатов. Важным представляется то, что вместо универсального требования отказа от употребления любых ПАВ прогресс оценивается индивидуально, исходя из предшествующей лечению тяжести зависимости. В самом деле, трудно рассчитывать на одинаковый результат у разных пациентов, игнорируя их личностные ресурсы, социальное окружение и степень вовлеченности в наркотизацию. Использование инструментальных подходов неизбежно сопряжено с некоторой схематизацией оценки состояния. Поэтому клиническое описание с традиционным вниманием к психопатологическим аспектам не утрачивает своей значимости. Однако безусловное достоинство квантифицированной оценки клинических и социальных проявлений аддикции — возможность сопоставления результатов лечения и объективизация критериев эффективности различных моделей медицинской помощи.

При сборе катамнеза всегда существует проблема верификации данных. Исходя из строгих критериев доказательной медицины, оценка характера ремиссии, основанная на сведениях, полученных от самих больных или их родственников, должна подтверждаться еженедельным лабораторным контролем мочи (Крупицкий, Борцов, 2005). Реально же в большинстве случаев такие требования невыполнимы. Означает ли это, что катамнестические сведения, собранные без проведения биохимических тестов, не заслуживают доверия? Во-первых, методические погрешности в определенной степени могут нивелироваться инструментально встроенными в опросник поправками на достоверность. Во-вторых, кроме формально выстроенного дизайна исследования на результаты заметно влияют мотивированность респондентов, уровень доверия к интервьюеру и реальные аРантии конфиденциальности. Полученные таким образом данные, даже с учетом из-ееТных допущений, могут обладать достаточно высокой степенью достоверности.

Другая проблема, возникающая при изучении результатов лечения, — рейтинг охвата атамнезом. Девиантные группы могут представлять в этом отношении определенные РУДности из-за особенностей их жизненного стиля и опасений по поводу возможной тигматизации. Достаточно распространенная точка зрения заключалась в том, что лица,

выпавшие из последующего наблюдения, имеют более высокие показатели рецидивов, и научная ценность результатов с охватом менее 80% первичной выборки считалась сомнительной (Vaillant, 1975). Однако в рамках трех самых масштабных в США национальных проектов по изучению результативности различных моделей лечения (Simpson, Sells, 1982; Hubbard et al., 1989,2003) катамнестическим обследованием удалось охватить лишь от 58 до 74% потенциальных респондентов. При этом данные этих исследований не подвергаются сомнению, т. к. значимых различий в клинических и социально-демографических характеристиках интервьюированных и «потерянных» пациентов установить не удалось. Все же оптимизация методов максимально возможного охвата пациентов последующим наблюдением остается актуальной задачей как для оценки результатов самого лечения, так и для своевременного вмешательства с целью профилактики рецидивов. Подобного рода исследования, проводимые по грантам государственных или неправительственных организаций, как правило, предусматривают дополнительную стимуляцию респондентов в виде денежных выплат за участие в интервью и согласие на лабораторные тесты (в среднем около $25 на человека) (Cottier etal., 1996). Поданным исследователей Техасского университета, затраты по изучению катамнеза составили приблизительно $260 на человека. При этом 80% суммы пошла на зарплату персонала, 10% составили транспортные расходы и 10% получили обследуемые в качестве поощрения за участие в исследовании (Desmond etal., 1995). Вероятно, при организации любой модели лечения следует отдельно планировать расходы на проведение оценочных катамнестических исследований. Методика и организация этой работы представляет собой специальную задачу.

Данные литературы (Bale etal., 1984; Desmond etal., 1995; Cottier etal., 1996; McKenzie et al., 1999; Hubbard, 2003) и собственный опыт позволили нам выделить несколько основных условий, необходимых для успешного решения поставленных задач.

1. Сбор максимального объема информации при первичном обращении для обеспечения возможности контакта с пациентом и его доверенными лицами в последующем: почтовый или электронный адреса, номера телефонов пациента и ближайших родственников.

2. Получение информированного согласия пациента относительно необходимости последующего наблюдения. Создание мотивированной заинтересованности в последующих контактах с врачом. Предоставление гарантий сохранения конфиденциальности.

3. Наличие у сотрудников профессиональных и личностных качеств, необходимых для эффективного сбора катамнеза: доброжелательности, гибкости, настойчивости, предприимчивости, тактичности, терпимости, умения создать атмосферу доверия и безопасности.

4. Возможность незамедлительного обращения за консультациями по поводу любых проблем пациента как им самим, так и его ближайшими родственниками. Медицин екая помощь в случае необходимости также должна оказываться немедленно.

5. Использование преимуществ динамического наблюдения. Стимулирование пациентов на предоставление ими через определенные промежутки времени сведений, характеризующих их достижения и трудности в процессе реадаптации.

6. Обязательное документирование всех полученных сведений с указанием даты ^ источника информации. Максимальное использование стандартизированных инстру ментов сбора и количественной оценки данных.

7. С учетом ограниченных ресурсов (людских, временных, финансовых), а такЖ порой неустойчивых мотиваций пациента, особенно при телефонном интервьюировании, целесообразно использование максимально коротких по времени инструментов

оценки состояния. Возможно, наиболее подходящим здесь будет адаптированный «профиль аддикции» (Maudsley Addiction Profile).

8. Планирование значительного количества времени на проведение катамнестических обследований. Даже при телефонном 15-минутном структурированном интервью, с учетом непроизводительных технических затрат, потребуется вдвое больше времени.'

Необходимо постоянно иметь в виду, что катамнестические сведения должны включать данные, необходимые для последующей оценки эффективности лечения. Качество же самого лечения зависит от того, насколько полно оно отражает потребности пациента, как оно уменьшает негативные последствия наркотизации и насколько экономические выгоды превосходят затраты.

ГЛАВА 11

АЛКОГОЛИЗМ (АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ) И АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

Злоупотребление алкоголем и алкоголизм относятся к наиболее распространенным формам аддиктивных расстройств. Алкоголь наряду с кофеином и никотином составляет «легальную триаду» психоактивных веществ (ПАВ). Употребление этих веществ при тех или иных ограничениях их оборота не преследуется законом в развитых странах. Кроме того, эти вещества принято в определенной степени связывать с культурными традициями, что дополнительно способствует их легитимации в общественном сознании.

Принципиальное отличие алкоголя от двух других представителей «легальной триады» ПАВ в том, что систематическое злоупотребление спиртными напитками всегда приводит к возникновению неврологических и психических изменений. Кофеин и никотин с присущей им мягкостью психотропных эффектов и отсутствием нейротоксического действия в обычных для повседневного потребления дозах подобных последствий не вызывают.

В России, США и европейских странах бытует терпимое отношение к потреблению алкоголя. Лишь у немногих людей спиртные напитки вызывают страх, отвращение или другие негативные эмоции, которыми обычно характеризуется отношение к запрещенным наркотикам, например героину или кокаину. В то же время злоупотребление алкоголем и алкоголизм, их медицинские и социальные последствия представляют одну из наиболее серьезных проблем современного общества.

11.1. Фармакология этанола. Нейробиологические основы алкогольной зависимости

Алкоголь (этанол, этиловый спирт, винный спирт) относится к классу одноатомных спиртов. Подобно лекарственным препаратам снотворно-седативного действия, опиоидам и летучим токсикантам, алкоголь оказывает преимущественно угнетающее действие на мозговые функции. Поэтому его относят к категории ПАВ — супрессоров ЦНС.

Наряду с подавляющим влиянием на нервные процессы как основным фармакологическим эффектом алкоголь способен проявлять растормаживающий и другие возбуждающие эффекты что связано с угнетением тормозных процессов. Отмеченное свойство не противоречит правомерности отнесения алкоголя к супрессорам ЦНС.

Наибольшую аналогию в механизмах фармакологического действия алкоголь обнаруживает с производными бензодиазепина и барбитуратами. Фармакологическое сходство лежит в основе перекрестной толерантности между этими веществами и объясняет эффективность транквилизаторов и снотворных средств при купировании острой абстинентной симптоматики у больных алкоголизмом.

Принятый внутрь алкоголь в течение 30-120 минут полностью всасывается из желудка и тонкого кишечника путем простой (пассивной) диффузии. Скорость поступления этанола в кровь определяется темпами его употребления, объемом, концентрацией, а также наличием пищи в желудке. Вода и белки замедляют абсорбцию алкоголя, углекислый газ ускоряет ее. Повышение функции щитовидной железы способствует ускорению всасывания этанола, снижение — его замедлению. При употреблении алкоголя натощак максимальная концентрация в сыворотке крови отмечается через 20-35 минут.

Метаболизм этанола происходит с участием трех ферментативных систем: каталазы, микросомальных ферментов печени и дегидрогеназ. До 7% принятого внутрь алкоголя выделяется с мочой и выдыхаемым воздухом в неизмененном виде. Скорость элиминации алкоголя и его метаболитов определяется многими факторами. При тяжелых формах поражения печени выведение алкоголя и его метаболитов может существенно замедляться, что сопровождается увеличением продолжительности и усилением их нейротоксических и висцеротоксических эффектов. Курение табака, напротив, способствует ускорению элиминации этанола.

Благодаря высокой липофильности этанол легко преодолевает гематоэнцефалический барьер и быстро проникает в ЦНС. Вещество растворяется в липидных слоях клеточных мембран, способствуя повышению их «текучести». В течение многих лет господствовала точка зрения, что нейротропные эффекты алкоголя обусловлены изменением структуры двойного липидного слоя мембран мозговых нейронов и функционального состояния встроенных в него ионных каналов, а также других специфических белков. В настоящее время основное значение придается взаимодействию этанола с функциональным комплексом, включающим ГАМК-рецептор, бензодиазепиновый рецептор и хлорный ионный канал.

Алкоголь проявляет нейротоксичные и висцеротоксические свойства, определяющие медицинские последствия систематического злоупотребления спиртными напитками. Поражение нервной системы и внутренних органов у больных алкоголизмом обусловлено не только прямым токсическим действием алкоголя на органы и ткани, но и специфическими метаболическими нарушениями, развивающимися при хроническом злоупотреблении.

Алкоголь оказывает многообразное влияние на мозговые функции, изменяя активность различных нейротрансмиттеров и вторичных мессенджеров. Трансформация активности нейронов церебральной «системы вознаграждения» (reward system), возникающая при воздействии этанола на нейротрансмиттеры и вторичные мессенджеры, определяет его способность вызывать психическую и физическую зависимость. Психотропное Действие алкоголя рассмотрено ниже, в разделе об алкогольном опьянении.

Этанол одновременно воздействует на тормозные процессы, обусловленные активностью ГАМК, и процессы возбуждения, опосредуемые глутаматом. ГАМК и глутамат находятся в антагонистических отношениях между собой. Изменения как ГАМКергических, так и глутаматергических функций находят отражение при алкогольном опьянении и синдроме отмены алкоголя. Нарушение этих процессов играет серьезную роль в 8озникновении металкогольных психозов.

Этанол является агонистом ГАМК-репецторов и антагонистом NMDA-рецепторов (естественным лигандом последних служит глутамат). ГАМКергической активностью ^коголя объясняются его снотворно-седативные эффекты и способность вызывать атаксию. Подавляя активность NMDA-рецепторов, этанол (особенно при систематическом Употреблении) способствует формированию их сверхчувствительности к действию глутамата.

Подобно любым ПАВ, вызывающим зависимость, этанол оказывает воздействие на дофаминергическую систему. Влияние этанола (как и других ПАВ, в том числе опиоидов и кокаина) на церебральную «систему вознаграждения» (reward system) проявляется усилением высвобождения дофамина (Nestler, 2001; Drouin et al., 2002). Изменение функциональной активности дофаминергических нейронов и метаболизма дофамина представляет собой универсальный механизм, лежащий в основе зависимости от любых ПАВ (Анохина, 2002; Koob, 2003).

Можно предположить, что т. н. буферное действие алкоголя в отношении эмоциональных стрессов обусловлено влиянием на активность серотонина. Возможно, серотонинергическими эффектами этанола следует объяснять аффективные расстройства у больных алкоголизмом в период отмены алкоголя и возникновение вторичных форм болезненного влечения к нему у зависимых лиц. Дисфорические состояния и обусловленные ими аддиктивные мотивации отмечаются (Schmidt et al., 1997) в качестве проявления дисфункции серотонинергических нейронов.

Этанол родственен различным типам серотониновых рецепторов, в первую очередь 5-НТ$_3$- и 5-НТ$_{,в}$-рецепторам. В опытах на лабораторных животных продемонстрировано уменьшение потребления алкоголя под действием 5-НТЗ-антагонистов (LeMarquand et al., 1994). В экспериментах с участием добровольцев отмечено изменение субъективного восприятия психотропного действия алкоголя и уменьшение потребления спиртных напитков под действием этих веществ (LeMarquand et al., 1994; Sellers et al., 1994). Пресинаптические 5-НТ$_{ш}$-рецепторы обнаружены в окончаниях ГАМКергических нейронов, соединяющих nucleus accumbens и вентральные отделы tegmentum (упомянутые мозговые зоны играют ключевую роль в функционировании церебральной «системы вознаграждения», с активностью нейронов которой связано формирование зависимости от ПАВ). В экспериментальных исследованиях у мышей с пониженным содержанием 5-НТ$_{ш}$-рецепторов отмечено вдвое большее, чем у животных контрольной группы, потребление алкоголя; у них медленнее нарастала толерантность к алкоголю и реже наблюдалась мозжечковая атаксия (Crabbe et al., 1996).

В опытах на лабораторных животных показано усиление синтеза р-энлорфинов в гипоталамусе, ослабление аналогичных процессов в гипофизе и снижение содержания мет-энкефалина в ткани мозга при систематическом потреблении алкоголя (Seizinger et al., 1984). Подкрепляющие эффекты этанола, как и любых других ПАВ, опосредуются опиоидергическими нейронами «системы вознаграждения».

Помимо охарактеризованных выше нейрохимических эффектов этанола, в экспериментальных исследованиях отмечена его способность оказывать влияние на вольтаж-зависимые кальциевые ионные каналы и активируемые кальцием калиевые каналы. Этанол повышает чувствительность холинорецепторов к никотину и другим лигандам, снижает функцию рецепторов, связывающих АТФ, уменьшает внутриклеточное поступление аденозина, оказывает сложное воздействие на нейропептид Y. Нейропептид Y участвует в регуляции пищевого поведения. В экспериментах на животных продемонстрирована связь между активностью этого вещества и количественными показателями потребления алкоголя (Thiele et al., 2002).

11.2. Основные понятия, связанные с употреблением алкоголя. Критерии диагностики алкоголизма

Алкоголизм — это хроническое психическое заболевание аддиктивного типа, проявляющееся тремя основными симптомами: болезненным влечением к алкоголю, форми-

рующейся на основе этого влечения алкогольной зависимостью и систематическим злоупотреблением алкоголем.

Критерий наличия или отсутствия алкогольной зависимости определяет нетождественный характер понятий «алкоголизм» и «злоупотребление алкоголем». Эти категории находятся в сложных взаимоотношениях между собой. Злоупотребление алкоголем, как следует из приведенного выше определения, — это одно из основных проявлений алкоголизма. В то же время феномен злоупотребления алкоголем (или неумеренного потребления) с характерными медико-социальными последствиями может отмечаться и у лиц, не страдающих алкоголизмом. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, но не страдающих алкоголизмом, периодически возникает влечение к алкоголю, но при этом отсутствует алкогольная зависимость.

В некоторых современных диагностических классификациях, в том числе в МКБ-10 и DSM-IV, а также во многих научных публикациях понятие «злоупотребление ПАВ» имеет расширенный смысл и включает все формы их употребления, имеющие неблагоприятные последствия, в том числе проявляющиеся признаками психической и физической зависимости от них. Подобное расширительное использование данного понятия можно считать допустимым, поскольку провести разграничение между рассматриваемыми здесь категориями сложно, а в ряде клинических ситуаций это просто не имеет практического значения.

Необходимо также отметить, что использование такого обобщающего понятия, как «злоупотребление алкоголем или наркотиками», взамен стигматизирующего понятия «алкоголизм и наркомания» часто облегчает контакт между пациентом и врачом, что может помочь осознаванию пациентом своей болезни и повышению эффективности лечения.

В англоязычной научной литературе часто используется термин пристрастие к *алкоголю (alcohol addiction),* подразумевающий развившуюся склонность к его употреблению. Эта клиническая категория отличается от предыдущего понятия — злоупотребления алкоголем в узком смысле — признаком систематичности и в некотором роде может рассматриваться в качестве переходного феномена между *злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью.*

Необходимым и достаточным условием диагностики алкогольной зависимости как основы алкоголизма можно считать наличие следующих основных феноменов.

1) алкоголь занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей индивида;
2) употребляемые количества спиртных напитков всегда или в большинстве случаев превосходят предполагаемые или планируемые величины (утрата контроля дозы алкоголя);
3) употребление алкоголя продолжается вопреки возникающим препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида;
4) употребление алкоголя сопровождается развитием синдрома отмены.

Первые три критерия служат отражением *психического компонента алкогольной зависимости,* а последний отражает ее *физический компонент.*

Обычно в комплекс критериев химической зависимости включают также голерант°сть к ПАВ. Нарастающая толерантность к алкоголю, безусловно, лежит в основе физиеского компонента алкогольной зависимости, однако может наблюдаться и при формах лоупотребления алкоголем, не проявляющихся зависимостью, поэтому данный мринак не включен в приведенный нами набор необходимых критериев диагностики алкоголизма.

Более подробный, чем предложенный выше, перечень критериев зависимости от ПАВ, в том числе от алкоголя, разработан американской психиатрической ассоциацией и используется в квалификационной диагностической системе DSM-IV. В соответствии с этим перечнем для квалификации пристрастия или зависимости от ПАВ необходима констатация не менее трех из следующих симптомов: 1) толерантность; 2) синдром отмены; 3) постоянное желание или неудачные попытки уменьшить употребление веществ; 4) употребление веществ в больших, чем поначалу предполагалось, количествах; 5) нарушения социальной и профессиональной деятельности, а также деятельности, направленной на отдых и развлечения; 6) затрата большого количества времени, необходимого для получения веществ; 7) продолжение употребления веществ, несмотря на возникающие в результате этого употребления проблемы.

Наряду со злоупотреблением алкоголем существует его *умеренное (непатологическое) потребление.* Умеренное потребление алкоголя, злоупотребление и алкоголизм не всегда поддаются четкому разграничению. Умеренное потребление алкоголя может переходить в злоупотребление, а последнее — формировать почву для развития алкогольной зависимости как имманентной характеристики алкоголизма. Возможность подобной трансформации определяется взаимодействием многих факторов. Не последнее место среди них занимает предрасположение к аддиктивным расстройствам.

Употребление алкоголя широко распространено во многих странах (в первую очередь в странах с европейской культурой), и доля абстинентов (абсолютных трезвенников) в популяции весьма невелика. При этом, хотя спиртные напитки в тех или иных количествах потребляет большинство населения, лишь у немногих формируется пристрастие и зависимость от алкоголя.

Следует также разграничивать понятия *алкоголизма* как совокупности психологических и психопатологических проявлений алкогольной зависимости и *алкогольной болезни* как совокупности стойких неврологических и висцеральных нарушений, развивающихся вследствие систематического злоупотребления алкоголем. Несмотря на бесспорный клинический параллелизм, симптомы алкоголизма и проявления алкогольной болезни не всегда развиваются одновременно; возникновение первых обычно предшествует развитию вторых, хотя в некоторых случаях наблюдаются и обратные соотношения. Например, в некоторых странах с давней культурой виноделия и привычным гастрономическим употреблением виноградных вин алкогольное поражение печени является частой клинической находкой, но при этом очевидные признаки алкоголизма как психического заболевания могут отсутствовать. В то же время очевидно, что вероятность развития исходной стадии алкогольного поражения печени — алкогольного цирроза у лиц, не страдающих алкоголизмом, а лишь злоупотребляющих алкоголем без признаков алкогольной зависимости, мала.

Разграничение понятий алкоголизма и алкогольной болезни представляется особенно важным при обсуждении вопросов клинических проявлений и психопатологии алкоголизма. В большинстве учебников и клинических руководств описание симптомов алкоголизма включает и психопатологические феномены, отражающие не столько алкогольную зависимость как мотивационное расстройство, сколько последствия злоупотребления алкоголем как совокупность неврологических и висцеральных нарушений. Например, к симптоматике алкоголизма нередко относят развивающиеся у больных психоорганические расстройства. Правомерность подобного подхода вызывает сомнения. Более уместным представляется разделение всех психопатологических феноменов, выявляемых при алкоголизме (как и при злоупотреблении неалкогольными ПАВ), на проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивиые.

Проаддиктивныерасстройства включают преморбидные особенности личности, предрасполагающие к злоупотреблению ПАВ или возникновению нехимических зависимостей. Под *собственно аддиктивными расстройствами* мы понимаем патологические мотивации (болезненное влечение к ПАВ) и обусловленное этими мотивациями аддиктивное *повеаение.,Метааддиктивные расстройства* демонстрируют совокупность патологических изменений, нажитых в процессе злоупотребления ПАВ и являющихся последствиями этого злоупотребления (Сиволап, Савченков, 2005). В соответствии с приведенным разделением, симптоматика алкоголизма в первую очередь включает собственно аддиктивные расстройства, тогда как алкогольную болезнь характеризуют различные метааддиктивные нарушения.

Ясно, что значимость медико-социальной проблемы злоупотребления алкоголем определяется не только алкоголизмом, но и различными проявлениями алкогольной болезни. Потребление алкоголя оказывает негативное влияние на популяционные показатели заболеваемости и смертности. В соответствии с некоторыми данными, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от количественных параметров потребления спиртных напитков описывается U-образной кривой (рис. 4): она имеет минимальные величины при умеренном потреблении алкоголя и наиболее высокие показатели — при массивном злоупотреблении алкоголем либо, напротив, при полном воздержании.

Рис. 4. Соотношение между потреблением алкоголяя и распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний

Считается, что аналогичные количественные соотношения наблюдаются при оцен- Ке распространенности депрессивных расстройств: депрессии реже всего выявляются у малопьющих лиц и значительно чаще развиваются у злоупотребляющих алкоголем и абстинентов (Crocq, 2001).

В вопросе взаимоотношений между потреблением алкоголя и частотой депрессий е вполне ясны причинно-следственные связи. Распространенная точка зрения о психо- Рофилактическом действии умеренных доз алкоголя (буферном влиянии алкоголя на Моциональный стресс) не может не вызывать сомнения. Более логичным представляет-я предположение, что среди малопьющих лиц доля индивидов с гармоничным складом ИЧности и высоким уровнем психического здоровья выше, чем среди злоупотребляю- ^Их алкоголем и абстинентов.

Важнейшим аспектом медико-социальной проблемы злоупотребления алкоголем и алкоголизма является смертность, ассоциированная с алкоголем. Зависимость популяционных показателей летальности от уровня потребления алкоголя описывается J-образной кривой (рис. 5): она тем выше, чем выше в обществе средние количественные показатели потребления алкоголя.

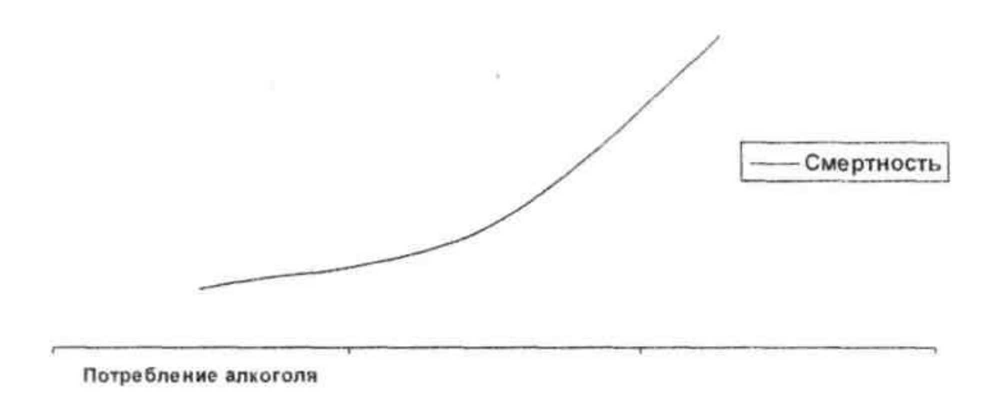


Рис. 5. Связь между смертностью и потреблением алкоголя в популяции

Влияние потребления алкоголя на показатели смертности бывает прямым (непосредственным) и непрямым (опосредованным). Примером прямого влияния служит смерть вследствие алкогольного отравления или несчастного случая Непрямое влияние потребления алкоголя на смертность в популяции определяется, например, летальным исходами алкогольного цирроза печени.

Показатели смертности в популяции определяются не только общими количествен ными характеристиками потребления алкоголя, но и паттернами этого потребления. Даж редкие, но при этом массивные алкогольные эксцессы повышают смертность в сред лиц, не склонных к систематическому злоупотреблению алкоголем. Весьма показатель ны в этом смысле характерные для некоторых стран, в том числе для России, случаи внезапной смерти у практически здоровых мужчин трудоспособного возраста, обусловленные эпизодическим употреблением большого количества крепких спиртных напитков. Как правило, причиной смерти служит сосудистая катастрофа (острый инфаркг миокарда или инсульт) наутро после алкогольного эксцесса. Следует подчеркнуть, что подобные случаи внезапной смерти зачастую отмечаются у лиц, склонных к массивным алкогольным эксцессам в связи с бытующими в круге их общения привычками или традициями, но не страдающих алкоголизмом в строгом смысле этого понятия.

Исследование, проведенное в 14 европейских странах, выявило пропорциональную зависимость между распространенностью циррозов печени и смертностью от них и потреблением алкоголя надушу населения (Ramstedt, 2001). Кроме летальных исходов висцеральных заболеваний и мозговых мета-алкогольных расстройств, структура алкоголь-ассоциированной летальности включает случаи насильственной смерти и смерти от несчастных случаев (например, от квартирных пожаров) лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Существенную лепту в смертность населения вносят дорожно-транспортные происшествия, возникшие по вине пьяных водителей и пешеходов. В США показатель общей летальности, составлявший в 1987 г. 9,8 на 100 000 населения,

удалось снизить до 6,8 на 100 000 благодаря специальным мерам по снижению связанной с употреблением алкоголя аварийности на дорогах (McGinnis, Foege. I993). Значимость проблемы дорожных аварий с летальным исходом, возникших по вине водителей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, для населения Российской Федерации трудно переоценить.

К причинам алкоголь-ассоциированной смертности следует также отнести характерные для представителей низших социальных слоев населения бытовые убийства, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения. В эту же категорию входят суициды, совершенные в состоянии алкогольного опьянения или возникшие на основе депрессивных расстройств у больных алкоголизмом. По данным бюллетеня американского департамента образования от 1993 г., 70% молодых людей, совершивших суицид, регулярно потребляли алкоголь или другие ПАВ. По иным данным, в крови 24% жертв суицида найден алкоголь в концентрации не менее 0,1 % (Brust. 2004). При исследовании 100 000 смертей в США в 1993 г. алкоголь в крови обнаружен у 35% умерших (O'Brien et al., 1999).

11.3. Эпидемиологические данные

Распространенность алкоголизма в популяции поддается лишь приблизительной оценке. Затрудненный характер эпидемиологических исследований алкоголизма во многом определяется отсутствием общепринятых критериев его диагностики. Различие этих критериев в разных странах способствует сужению или, напротив, расширению диагностических границ болезни, что препятствует объективной оценке международных данных о ее распространенности.

По очевидным причинам достоверная оценка распространенности алкоголизма не может быть получена на основе медицинских учетных данных (например, на базе данных наркологических диспансеров). Приблизительное определение распространенности алкоголизма в популяции может базироваться на косвенных критериях, например, по общему потреблению алкоголя в популяции, информация о котором может быть получена из экономических источников. Известно, что в США потребление половины всех спиртных напитков приходится на долю 10% населения (Devor, Cloninger, 1989), Примечательно, что эта цифра близка к усредненной оценке частоты больных алкоголизмом в западных странах.

Одним из косвенных критериев, позволяющих оценить распространенность алкоголизма в популяции, считается частота алкогольных психозов (Пятницкая, 1987; Альтшулер, 1999).

Показатели распространенности злоупотребления алкоголем и алкоголизма существенно различаются в разных странах (Альтшулер, 1999). Можно предположить, что эти различия объясняются не только биологическими и этнокультурными факторами, но и применением неодинаковых методов эпидемиологической оценки.

В развитых странах распространенность алкоголизма колеблется в пределах 5-12% (Жариков и др., 2003). В соответствии с данными учреждений здравоохранения, в 2003 г. показатель распространенности алкоголизма на 100 000 населения в Москве составил [12]33,3, а в Российской Федерации в целом — 1659,5 (Кошкина, 2004). Поскольку эти оказатели получены на базе учетных данных, можно предположить, что распростра[e]нность алкоголизма в Москве и в стране в целом в несколько раз превосходит приведенные величины.

Высказываемые некоторыми исследователями мнения о значительном возрастании "°Дростково-молодежного и женского алкоголизма в Российской Федерации нуждают-

ся, по нашему мнению, в подтверждении на основе данных специального научно обоснованного мониторинга.

Различия показателей распространенности алкоголизма в отдельных этнических группах определяются действием не только биологических, но и других факторов. Более низкие показатели распространенности алкоголизма среди монголоидов (по сравнению с европеоидами и афроамериканцами) объясняются, очевидно, генетически. В странах, население которых традиционно исповедует ислам, низкие показатели потребления алкоголя и распространенности алкоголизма во многом определяются не только биологическими факторами, но и религиозными запретами.

11.4. Этиология алкоголизма

Многочисленные этиологические теории алкоголизма разделяются на две основные группы: психологические и биологические. Оба подхода не лишены односторонности. Поэтому правильным было бы предполагать, что в развитии алкоголизма у каждого индивида играют роль разные причины как психологического, так и биологического свойства. Кроме того, в формировании предрасположения к злоупотреблению алкоголем и алкоголизму существенную роль играют наследственные (генетические) факторы.

Следует уточнить, что многие этиологические теории рассматривают причины развития злоупотребления любыми ПАВ, а не только алкоголем. В связи с этим некоторые из этих теорий постулируют универсальную этиологию болезней аддиктивного круга. Очевидно, что *различные аддиктивные расстройства объединяются общими механизмами.* В основе любого из них лежат два основных мотива — стремление к удовольствию и стремление к устранению психического (или психофизического) дискомфорта. Удовлетворение первой потребности происходит за счет положительного подкрепляющего действия ПАВ, удовлетворение второй — за счет их отрицательного подкрепляющего действия. С этой точки зрения различные ПАВ в известной мере сопоставимы друг с другом и обладают той или иной степенью взаимозаменяемости для некоторых категорий пациентов наркологической клиники. Вместе с тем клиническая практика показывает, что «ядерные группы» больных с отдельными нозологическими формами аддиктивной патологии все же значительно различаются между собой по преморбидным и иным характеристикам. Можно также считать доказанным *неидентичный характер наследования предрасположения к алкоголизму и другим заболеваниям наркологического круга.* Все это позволяет говорить о разной предрасположенности к злоупотреблению различными ПАВ, о различиях в аддиктивных предпочтениях у лиц с неодинаковыми преморбидными особенностями и о неполной этиологической идентичности отдельных форм аддиктивных болезней.

11.4.1. Психологические теории

В основе психологических теорий алкоголизма лежат различные представления о субъективной психологической потребности индивида в алкоголе. К числу психологических представлений об этиологии алкоголизма и других аддиктивных заболеваний относится «гипотеза самолечения» (self-medication hypothesis). В соответствии с этой гипотезой, больные алкоголизмом употребляют алкоголь с целью избавления от тревоги или преодоления другого психологического дискомфорта. По нашему мнению, данная гипотеза не лишена научного обоснования. Но она может приниматься безоговорочно лишь в отношении части больных алкоголизмом, например пациентов с алкоголизмом

типа I по С. R. Cloninger(1987), охарактеризованном ниже в разделе, посвященном типологии алкоголизма.

По нашим наблюдениям, очевидная связь между тяжелой работой, сопровождающейся хроническим эмоциональным стрессом, и потреблением алкоголя как способом снятия эмоционального напряжения отмечается не чаше чем в каждом пятом случае алкоголизма. Эту группу больных («проблемных пьяниц», problem drinkers, в соответствии с приятой в США терминологией) нельзя признать однородной ни по преморбидным особенностям личности, ни по социальной принадлежности, ни по паттернам употребления алкоголя и течению алкоголизма. С определенными оговорками тип алкогольной зависимости у данной категории больных можно отнести к альфа-алкоголизму по классификации Е. Jellinek (1955). В отношении других больных алкоголизмом концепция self-medication вряд ли может быть признана правомерной. Интересно, что, по данным Н. Wechsler и соавторов (1994), большинство студентов американских колледжей, склонных к массивным алкогольным эксцессам с последующим развитием похмельных состояний, не связывает потребление алкоголя с психологическими проблемами.

Следует отметить, что многие больные алкоголизмом склонны объяснять свое пристрастие к алкоголю желанием «избавиться от стресса». По нашему мнению, подобные высказывания (за исключением относительно немногочисленных случаев, соответствующих действительности) относятся к разряду психологических защит и тесно связаны с феноменом алкогольной анозогнозии.

Необходимо оговориться, что систематическое злоупотребление алкоголем (как и некоторыми другими ПАВ, в частности опиоидами) сопровождается снижением порогов психогенного реагирования и толерантности к фрустрации, в результате чего уменьшается устойчивость к стрессу. Поэтому некоторые больные алкоголизмом, не имевшие соответствующих преморбидных особенностей, предрасполагавших к «проблемному пьянству», в ходе болезни приобретают склонность к преодолению эмоционального стресса с помощью спиртных напитков.

Принято считать, что к злоупотреблению алкоголем и формированию алкогольной зависимости приводят такие личностные особенности, как импульсивность, нарушение самооценки и склонность к переживанию собственных психологических проблем, предрасположенность к тревоге и депрессии, а также формирующееся в детском или подростковом возрасте девиантное поведение (Личко, 1987; Deykin et al., 1987; McDonald etal., 1991;Kushner,Sher, 1993;Camatta,Nagoshi, 1995).

Большое значение в развитии алкоголизма и других форм зависимости от ПАВ придается стрессам, пережитым в детском и юношеском возрасте, в том числе связанным с сексуальным и физическим насилием (Winger et al., 1992; O'Brien, 1999).

11.4.2. Биологические теории

Существующие биологические концепции злоупотребления алкоголем и алкоголизма разделяются на две основные группы: I) ферментативные; 2) медиаторные. Ферментативной недостаточностью, а именно дефицитом одной из форм ацетальдегиддегидро-[е]назы и образованием большого количества уксусного альдегида в ходе метаболизма танола объясняется плохая переносимость спиртных напитков многими представителя-Ми монголоидной расы. Признаками этой недостаточности служат быстрое и выражен-°е опьянение, наличие дисфорического компонента в его структуре, боли в животе и ■ [н]- *флашинг-симптом* (покраснение кожи, нередко с багровым оттенком) после приема сравнительно небольших (в понимании европеоидов) доз алкоголя.

Считается, что генетически обусловленная ферментативная недостаточность создает своего рода «биохимический барьер», препятствующий формированию алкогольной зависимости (Okamoto et at., 2001).

Нейробиологические механизмы алкогольной зависимости, связанные с изменением активности различных медиаторов ЦНС, рассмотрены в начале настоящей главы.

Подкрепляющее действие этанола, как и других ПАВ, определяется вызываемыми им психическими или психофизическими эффектами. Их возникновение связано с активацией опиоидергических нейронов гипотетической церебральной «системы вознаграждения» (reward system), Подкрепление включает два компонента: положительный (с которым связано получение удовольствия) и отрицательный (отражающий способность ПАВ устранять психофизический дискомфорт). Считается, что положительное подкрепляющее действие (positive reinforcing effect) ПАВ способствует формированию зависимости у лиц с гедонистическими установками, а отрицательное подкрепляющее действие (negative reinforcing effect) лежит в основе развития зависимости у лиц с пограничными психопатологическими состояниями. Клиническая практика показывает, что у одних и тех же больных механизмы формирования зависимости значительно сложнее и далеко не всегда поддаются логическому объяснению и пониманию. Очевидно, что в каждом случае алкоголизма или другого аддиктивного заболевания значимую роль играют оба компонента подкрепляющего действия ПАВ.

На интерпретации болезненных процессов, связанных с патологическим функционированием «системы вознаграждения», с точки зрения павловского учения о рефлексах, построены теории рефлекторной обусловленности. В соответствии с этими теориями, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ объясняется тем, что повторное употребление вещества сопровождается «наградой» и рефлекторным закреплением. Основные теории рефлекторной обусловленности (classical and operant conditioning theories) до сих пор упоминаются в зарубежных учебниках и руководствах, и в основном используются сторонниками бихевиоральных подходов в психиатрии. По нашему мнению, современные представления о нейробиологических механизмах злоупотребления и некоторые психологические концепции достаточны для понимания природы аддиктивных расстройств. Тогда как рефлекторные теории во многом — дань истории и имеют определенное значение лишь для некоторых практических целей, например они актуальны в поведенческой(бихевиоральной)психотерапии.

Психологические и биологические концепции алкоголизма не находятся в противоречии между собой, напротив, дополняют друг друга. Очевидно, подкрепляющее действие алкоголя (как и других ПАВ) определяется как нейрохимическими, так и сугубо психологическими процессами.

Кроме психологических и биологических причин большую роль в формировании злоупотребления алкоголем и алкоголизма играют социальные, семейные, религиозные и культурные факторы.

11.4.3. Генетические аспекты

Роль наследственной предрасположенности к злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма не вызывает сомнений. Многочисленные доказательства участия i енетического фактора получены в ходе близнецовых исследований, проведенных во многих странах. Степень риска развития аддиктивных расстройств у потомства больных алкоголизмом определяется тяжестью наследственной отягощенности. Эти показатели разли-

чаются при наличии алкоголизма у одного или обоих родителей, сибсов, родственников второй и третьей степеней родства.

Существуют генетически обусловленные биохимические маркеры предрасположения к злоупотреблению алкоголем. У детей, чьи родители больны алкоголизмом, развивается меньшая степень опьянения (оцениваемая на основе изменений координации движений и психического состояния), чем у детей лиц, не страдающих алкоголизмом, при близких значениях концентрации алкоголя в крови (Schukit, 1986). Примечательно, что действие бензодиазепинов в сходном эксперименте не проявляется выраженными различиями у детей лиц, больных алкоголизмом, и детей тех, кто не страдает им, что указывает на специфический характер метаболизма алкоголя, а не любых ПАВ с ГАМКергической активностью, в семьях больных (Holden, 1991).

В ходе ряда исследований показано снижение содержания и (или) активности моноаминоксидазы и аденилатциклазы тромбоцитов у больных алкоголизмом и их детей (Tabakoff et al., 1988; Sullivan etal., 1998; Taylor, 2001).

Для потомства больных алкоголизмом характерно также изменение сывороточных профилей и ритмов активности кортизола, адренокортикотропного и тиреотропного гормонов (Gianoulakis etal., 1989; Moss etal., 1990).

11.5. Клиническая симптоматика и типология алкоголизма

Клинические проявления и течение алкоголизма характеризуются выраженным полиморфизмом. Многообразие симптоматики и типов течения определяется взаимодействием различных факторов. Эти факторы включают в себя наследственное предрасположение к злоупотреблению алкоголем и его отдельным паттернам, преморбидный склад личности и типы психогенного реагирования, наличие и характер коморбидных психических расстройств, индивидуальные особенности переносимости алкоголя, а также влияние окружения.

Течение алкоголизма представлено различными типами, из которых можно выделить три основных варианта: *непрерывный, ремиттирующий* и *приступообразный (запойный).* Между этими вариантами существует множество переходных форм.

В ходе многолетнего злоупотребления спиртными напитками меняется толерантность человека к алкоголю, закономерно нарастает тяжесть соматических, висцеральных и неврологических расстройств, развиваются характерные изменения личности. В подавляющем большинстве случаев болезнь характеризуется той или иной степенью прогредиентности с постепенным утяжелением паттернов употребления алкоголя. Реже алкоголизм выражается относительно стабильной симптоматикой на протяжении многих лет. И совсем в редких случаях (обычно в позднем возрасте) болезнь может иметь регредиентное течение.

В связи с характерным для большинства аддиктивных заболеваний сужением круга интересов, снижением уровня личности и уменьшением интеллектуальной продуктивности алкоголизм прогредиентного течения сопровождается нарушением семейных отношений, снижением профессиональной квалификации, ухудшением деловой и моральной репутации и другими неблагоприятными социальными последствиями.

Алкоголизму свойственны *нарушения мышления,* обычно представленные двумя типами. Первый тип — это общее ухудшение когнитивной (в старой терминологии — мнестико-интеллектуальной) деятельности вследствие формирующихся психоорганических расстройств, которые в строгом смысле необходимо рассматривать не столько в Рамках алкоголизма, сколько в структуре приведенных ниже церебральных проявлений

алкогольной болезни. Когнитивные расстройства проявляются постепенным снижением способности к критическому суждению, нарастающими затруднениями процессов обобщения и другими интеллектуальными нарушениями органического типа, достигающими максимума при алкогольном слабоумии, алкогольном псевдопараличе и других тяжелых энцефалопатических состояниях.

Второй тип нарушений мышления при алкоголизме представлен склонностью к своеобразному мифотворчеству, в основе которого лежат механизмы психологической защиты личности. В отличие от рассмотренной выше категории органических расстройств мышления, психологические защиты личности представляют собой непосредственное отражение алкоголизма как аддиктивного заболевания. Главная цель психологических защит и развивающейся на их основе мифологизации мышления — избегание осознавания собственной зависимости от алкоголя.

Склонность к мифотворчеству и самообману не всегда специфична для алкоголизма, а, напротив, служит имманентным симптомом любых аддиктивных расстройств, отражая универсальные приспособительные психологические установки личности, функционирующей (или, вернее сказать, вынужденной функционировать) в аномальных условиях.

Нарушения мышления лежат в основе такого типичного (но вместе с тем выявляемого не у всех больных) симптома алкоголизма, как алкогольная анозогнозия — отсутствие чувства болезни и отрицание собственной зависимости от алкоголя. На разных стадиях алкоголизма алкогольная анозогнозия базируется на различных механизмах.

На ранних стадиях болезни ее осознавание может отсутствовать в связи с неочевидным характером симптомов алкогольной зависимости. Позже, когда алкогольная зависимость сформирована и очевидна для окружающих, больные алкоголизмом склонны уходить от ее осознавания по психологическим причинам, в связи с возникновением психологических защит. Целью таких защит может быть, например, стремление пощадить собственное самолюбие, а также преодоление чувства вины перед близкими людьми. На отдаленных стадиях болезни анозогнозия нередко объясняется формированием психоорганических расстройств и обусловленным ими снижением способности к критической оценке собственной личности.

Необходимо отметить, что у некоторых больных алкоголизмом анозогнозия не может быть с достаточной очевидностью объяснена ни тем ни другим типом нарушений мышления.

Психоорганические расстройства, неизбежно возникающие в результате многолетнего злоупотребления алкоголем и относящиеся не столько к алкоголизму, сколько к его церебральным последствиям, часто обозначаются понятием алкогольной энцефалопатии. Несмотря на то что в основе психоорганических расстройств при алкоголизме и в самом деле лежат энцефалопатические сдвиги, использование понятия алкогольной энцефалопатии для их обозначения не вполне корректно. Под алкогольной энцефалопатией обычно понимают рассматриваемые ниже особые острые и хронические расстройства, близкие к отдельным заболеваниям и включаемые в категорию металкогольных психозов: энцефалопатия Вернике, корсаковский психоз, болезнь Маркиафавы—Биньями и др. Одновременное обозначение этих расстройств и неспецифических психоорганических нарушений понятием алкогольной энцефалопатии неизбежно приводит к терминологической путанице.

Неоднозначной трактовке подвергается такая клиническая категория, как *алкогольная деградация личности.* Как правило, она рассматривается в структуре психоорганического синдрома. Частичная правомерность данной точки зрения определяется тем,

что в далеко зашедших стадиях алкоголизма у многих больных отмечается простое снижение уровня личности по органическому типу, развивающееся при любых, аналогичных по тяжести, болезненных процессах, сопровождающихся нейродегенеративными изменениями. В то же время феномен алкогольной деградации личности, как и моральной деградации при опиоидной зависимости и других заболеваниях аддиктивного круга, характеризуется лживостью, безответственностью и другими нажитыми патологическими феноменами психологического порядка. Эти феномены возникают в результате противоречия между субъективной потребностью удовлетворения болезненных влечений и требованиями, предъявляемыми к больным их окружением. Таким образом, алкогольная деградация личности представляет собой клинический феномен сложного (органического и психогенного) происхождения.

Классификация алкоголизма основывается на выделении различных принципов. Классификация E. Jellinek (1955) имеет клинико-описательный характер и включает пять типов алкоголизма, обозначенных начальными буквами греческого алфавита.

Альфа-алкоголизм представляет собой психологическую зависимость от алкоголя с возможностью контроля его употребления и способностью к воздержанию при наличии эпизодов нарушения межличностных отношений. Алкоголь рассматривается как средство, позволяющее избавиться от эмоциональных переживаний. Другое часто используемое в англоязычной литературе обозначение этого типа алкоголизма — problem drinking («проблемное пьянство»). *Бета-алкоголизм* — это эпизодическое или периодическое употребление больших доз алкоголя с висцеральными осложнениями, но без признаков психической или физической зависимости от него. *Гамма-алкоголизм* характеризуется нарастающей толерантностью к алкоголю, психической и физической зависимостью от него, утратой контроля дозы спиртных напитков и соматоневрологическими последствиями злоупотребления. *Дельта-алкоголизм* подразумевает психическую и физическую зависимость от алкоголя со способностью контролировать дозы спиртных напитков, но с отсутствием возможности полностью отказаться от их употребления. *Эпсилон-алкоголизм* — запойная форма пьянства или дипсомания.

В отличие от типологии E. Jellinek (1955), в основу классификации А. А. Портнова (1959) положен критерий течения алкоголизма, в соответствии с чем автор выделяет три стадии болезни: 1) начальную; 2) среднюю; 3) исходную. Поначалу Портнов именовал эти стадии как «невротическую», «наркоманическую» и «энцефалопатическую», однако в дальнейшем отказался от этих определений, справедливо полагая, что они отражают лишь частные (и наблюдающиеся не во всех случаях) характеристики болезни.

C. R. Cloninger (1987), в зависимости от характера наследственного предрасположения и преморбидных особенностей личности, выделяет два основных типа алкоголизма. *Первый тип алкоголизма* развивается у пассивно-зависимых лиц и у лиц с наклонностью к тревоге. Пациенты с этим типом алкоголизма демонстрируют следующие особенности:

1) выраженное стремление к избеганию неприятностей, сниженная самооценка, пессимизм, осторожность, робость, застенчивость, опасливость, пессимизм в оценке жизненных ситуаций, подчиняемость, утомляемость;

2) стремление помогать окружающим и эмоциональная зависимость от них, покладистость, боязнь испортить отношения с другими людьми, развитая способность к сочувствию и сопереживанию, чувствительность;

3) склонность к избеганию перемен, ригидность, стремление к порядку и субординации, преданность делу и неукоснительное следование своим обязанностям, повышенное внимание к деталям, рефлексия.

Второй тип алкоголизма отмечается у лиц с антисоциальными установками и характеризуется противоположными преморбидными особенностями личности:

1) недооценка опасности и недостаточное стремление к избеганию неприятностей, высокая самооценка и самоуверенность, оптимизм, беззаботность, нежелание подчиняться окружающим и общественным требованиям;

2) эгоизм и практичность, равнодушие к окружающим и независимость от их мнения, склонность к противопоставлению себя окружающим, несговорчивость, целеустремленность в достижении собственных целей;

3) стремление к переменам, новаторство, выбор рискованных путей в достижении собственных целей, возбудимость, импульсивность, отвлекаемость и недостаточное следование установленному порядку.

В соответствии с представленными характеристиками, первый из выделенных C. R. Cloninger (1987) типов алкоголизма с долей условности можно назвать невротическим, а второй— психопатическим. Главными проявлениями первого типа алкоголизма становятся утрата контроля дозы, а также периоды воздержания (иногда длительные), чередующиеся со срывами, во время которых больные, начав выпивать, долго бываю- не в состоянии прекратить потребление алкоголя. Очевидные признаки алкогольной зависимости у лиц с данным типом алкоголизма обычно обнаруживаются в зрелом возрасте. В развитии данного типа алкоголизма в равной мере принимают участие генетические и средовые факторы. Болезнь почти с равной частотой встречается у мужчин женщин. Алкоголизм второго типа характеризуется неспособностью к полному воздержанию от употребления спиртных напитков. Обычно болезнь начинается в юношеском возрасте, ее развитие и течение определяются действием наследственных факторов и лишь в небольшой степени зависят от влияния окружения. Среди больных отчетливо преобладают мужчины. При 2-м типе алкоголизма чаще, чем при 1-м, отмечаются депрессии и самоубийства.

Любые подходы к систематике злоупотребления алкоголем и алкоголизма характеризуются определенной односторонностью и не охватывают все варианты болезни, от мечаемые в клинической практике. Это объясняется тем, что авторы классификационных систем видят в их основе не более одного или двух главных критериев.

Понятно, что попытки создания клинической классификации, стремящейся охватить все возможные типы болезни, приведут к тому, что она приобретет чрезмерно громоздкий объем и вид, а второстепенные квалификационные признаки будут неизбежно превалировать над основными критериями систематики, что не может не отразиться на ее логике и возможности практического применения.

По нашему мнению, существующие подходы к классификации алкоголизма, в том числе типологические системы E. Jellinek (1955), А. А. Портнова(1959)иC. R. Cloninge (1987), вполне удовлетворяют потребностям клинической практики и позволяют, в соответствии с удачным выражением А. В. Надеждина (2006), высказанного им по другому поводу, «существенно упорядочить восприятие клинической реальности». При этом необходимо понимать, что существование лапидарной и логичной классификации, отражающей все возможные клинические варианты упомянутой болезни, вряд ли возможно.

11.5.1. Алкогольное опьянение (острая алкогольная интоксикация)

Качественные особенности и степень выраженности психотропного действия алкоголя характеризуются большой вариабельностью, определяемой принятой дозой, психическим и физическим здоровьем индивида, толерантностью к алкоголю и другими

особенностями реактивности, а также настроением и физиологическим состоянием во время употребления спиртных напитков.

Полиморфизм индивидуальной чувствительности определяет и разнообразие типов соотношения между концентрацией алкоголя в крови и особенностями поведения.

Считается, что заметные признаки опьянения появляются при достижении уровня алкоголя в крови, равного 1 г/л. Однако у непьющих или малопьющих лиц с высокой чувствительностью к алкоголю характерные физиологические сдвиги и изменения в поведении могут возникать при концентрации этанола, составляющей 0,2-0,3 г/л. Риск автомобильных аварий, как принято считать, начинает возрастать при концентрации 0,5 г/л. Горизонтальный нистагм и дизартрия появляются при уровне алкоголя 1-2 г/л. Выраженное угнетение мозговых функций и алкогольная кома возникают при концентрации алкоголя в крови, составляющей 1,5-3 г/л.

Приведенные величины весьма условны и отражают усредненную реактивность. У некоторых больных алкоголизмом с высокой толерантностью к алкоголю (что, очевидно, во многом объясняется конституциональными особенностями) практически не меняется уровень сознания, а также отсутствуют неврологические признаки опьянения при содержании алкоголя в крови, равном 4 г/л (Дамулин, Шмидт, 2004).

Вариабельность индивидуальных реакций на этанол и, кроме того, их изменчивость у одного и того же индивида определяет чрезвычайное многообразие картин алкогольного опьянения. Поэтому здесь мы приводим характеристику наиболее типичных и характерных для европеоидов проявлений острой алкогольной интоксикации. В малых дозах алкоголь оказывает характерное возбуждающее действие, в основе которых лежит угнетающее действие вещества на тормозные медиаторы. Алкоголь вызывает раскованность поведения, способствует устранению эмоционального напряжения и повышению настроения, снижению или полному исчезновению тревоги.

Субъективно притягательные эффекты алкоголя, отражающие его положительное и отрицательное подкрепляющее действие, спс. >>ивует формированию алкогольной зависимое in у предрасположенных лиц. Устранение тревоги и эмоционального напряжения, вызванного психическими стрессами, возникновение эйфории и приятного ощущения «беспроблемности» при действии алкоголя побуждают к его повторному употреблению и способствуют развитию первичного влечения к нему как основы психического компонента алкогольной зависимости.

Средние дозы алкоголя обладают седативным действием либо, напротив, производят растормаживающий эффект. В последнем случае увеличение дозы спиртных напитков сопровождается снижением критического контроля поведения и высказываний, переоценкой собственной личности и возможностей, самонадеянностью, хвастливостью, склонностью к необдуманным поступкам, двигательной расторможенностью. Оживляются мимика и жестикуляция. В общении с окружающими появляются доверительность и фамильярность.

Эмоциональное состояние в период острой алкогольной интоксикации часто характеризуется неустойчивостью и склонностью к быстрым перепадам настроения. Благодушие без достаточного внешнего повода может сменяться гневом и агрессией. В ряде случаев отмечаются слезливость и сентиментальность. Характерные особенности пьяных аффектов — их чрезмерность и недостаточное соответствие внешним стимулам и обстоятельствам.

Когнитивная деятельность в состоянии типичного алкогольного опьянения характеризуется ускорением и поверхностным характером ассоциаций, нарушением целенаправленности мышления, ухудшением памяти и снижением концентрации внимания.

Уменьшается полнота восприятия внешней информации. При выраженном опьянении происходящие вокруг индивида события воспринимаются фрагментарно.

Высокие дозы алкоголя вызывают анестезию и глубокий сон. Тяжелая интоксикация сопровождается сопором или комой. Необходимо принимать во внимание, что различие между дозой алкоголя, вызывающей состояние, близкое к хирургической стадии наркоза, и дозой, угрожающей жизни вследствие угнетения витальных функций, весьма невелико (Hobbs, 1996).

Тяжелая алкогольная интоксикация требует безотлагательного применения реанимационных (токсикологических) мероприятий. Опасность алкогольного опьянения (и тем более алкогольной комы) заключается не только в угрозе неблагоприятного исхода отравления, но и в том, что оно может маскировать инфаркт миокарда, инсульт, травму мозга, диабетическую кому и другие критические состояния. Поэтому все лица, находящиеся в состоянии острой алкогольной интоксикации, требуют тщательного соматонев рологического осмотра (Бачериков, Бачериков, 1989; Дамулин, Шмидт, 2004).

Сложность проблемы неотложных состояний, маскируемых острой алкогольно интоксикацией, определяется тем, что лица, находящиеся в состоянии алкогольного опь янения, нередко вызывают пренебрежительное отношение к себе не только со сторонь обывателей, но и со стороны медицинских работников, в том числе врачей.

Психическое состояние и поведение лиц, находящихся в алкогольном опьянении, н всегда обнаруживают корреляцию с принятыми дозами спиртных напитков и концентрацией этанола в крови.

Характерными неврологическими проявлениями алкогольного опьянения служат симптомы мозжечковой атаксии: неточность движений, нарушение походки и другие расстройства координации, а также дизартрия. Пороги чувствительности в состоянии острой алкогольной интоксикации повышаются. Этим объясняется снижение восприимчивости пьяных к болевым, температурным и другим раздражителям.

Алкогольное опьянение сопровождается снижением тонуса гладкой мускулатуры сосудов, кишечника и матки, уменьшением сократительной функции миокарда, изменением глубины и частоты дыхания. Благодаря расширению поверхностных сосудов алкоголь вызывает покраснение кожных покровов и ощущение тепла.

Необходимо принимать во внимание, что любые типы алкогольного опьянения (включая рассматриваемые ниже патологические и осложненные формы) не являются критерием диагностики алкоголизма.

11.5.2. Патологическое опьянение

Под патологическим опьянением понимают редкую аномальную форму острого транзиторного психоза, развивающегося у предрасположенных лиц под действием алкоголя. Особенность патологического опьянения в том, что оно может развиваться после приема относительно небольшого количества спиртных напитков. Мозжечковая атаксия и другие симптомы простой алкогольной интоксикации при патологическом опьянении могут отсутствовать.

Патологическое опьянение представлено двумя типами психозе: *сумеречным помрачением сознания* и, реже, *острым параноидным синдромом.* Лица, находящиеся в состоянии патологического алкогольного опьянения, склонны к агрессии и нередко совершают насильственные действия, в том числе убийства, иногда отличающиеся особой жестокостью.

Существует точка зрения, что сумеречная форма патологического опьянения представляет собой разновидность эпилепсии. Психоз развивается внезапно и также внезапно обрывается, нередко заканчиваясь глубоким сном с последующей амнезией.

В судебной психиатрии патологическое опьянение рассматривается в категории *исключительных состояний сознания.* Насильственные преступления, совершенные в состоянии патологического опьянения, при доказанной невменяемости в период преступного деяния не предполагают уголовной ответственности.

11.5.3. Осложненное опьянение

Осложненные формы опьянения занимают промежуточное положение между простым и патологическим алкогольным опьянением. К особенностям этих форм относятся различные виды психических расстройств и нарушения поведения, возникающие под действием алкоголя и отражающие индивидуальные особенности психопатологического реагирования.

Систематика осложненного опьянения представлена тремя основными типами: истерическим, дисфорическим и параноидным (Альтшулер, 1999). Считается, что возникновение осложненных форм опьянения связано с различными, в том числе органически и конституционально обусловленными, личностными девиациями.

11.5.4. Синдром отмены алкоголя

Понятия *синдрома отмены алкоголя* и *алкогольного похмельного синдрома* часто используют как синонимы. При определенной общности этих понятий между ними существуют и различия. Синдром отмены алкоголя обычно сопровождается и симптомами похмелья, но эти состояния отнюдь не идентичны.

Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром) отражает физическую зависимость от него и представляет собой совокупность психофизических нарушений, вызванных прекращением приема спиртных напитков вслед за их продолжительным или массивным употреблением.

Алкогольный похмельный синдром, обычно развивающийся спустя несколько часов или на следующий день после алкогольного эксцесса, отражает интоксикацию организма ацетатом, ацетальдегидом и другими метаболитами этанола.

В англоязычной медицинской литературе понятия «состояние отмены» и «состояние похмелья» обозначаются разными терминами — *alcohol withdrawal* и *alcohol hangover,* соответственно.

Определенный клинический параллелизм этих явлений находит отражение в том, что синдром отмены у больных алкоголизмом обычно сопровождается похмельем. При этом похмельные состояния как совокупность постинтоксикационных расстройств наблюдаются у лиц, злоупотребляющих алкоголем, но не обнаруживающих признаков алкогольной зависимости, т. е., по сути, не страдающих алкоголизмом.

Существующая терминологическая путаница усугубляется распространенным и правомерным представлением о возможности самостоятельного устранения лицом, злоупотребляющим алкоголем, абстинентного дискомфорта посредством приема новых доз спиртных напитков или, другими словами, посредством «опохмеления».

Симптомы отмены алкоголя и похмелья подчас трудно отделить друг от друга в связи с одновременным развитием этих состояний. Несмотря на это, необходимо при-

нимать во внимание разную природу данных расстройств и учитывать, что они представляют отдельные терапевтические мишени.

Клиническая картина абстинентных состояний у больных алкоголизмом во многом определяется фармакологическими свойствами этанола как супрессора ЦНС. В той мере, в какой алкоголь обладает угнетающим действием на мозговые функции, его отмена у лиц с физической зависимостью проявляется активацией процессов возбуждения.

Перечислим *клинические проявления синдрома отмены алкоголя:* тревога; беспокойство; эмоциональное напряжение; тремор; выраженное влечение к алкоголю: нарушения сна; тошнота; другие, плохо поддающиеся вербализации, проявления психофизического дискомфорта; потливость; учащенное дыхание; сухость во рту; артериальная гипертензия; тахикардия (иногда с аритмией); оживление сухожильных рефлексов.

Неврологическое осложнение синдрома отмены алкоголя — абстинентные судорожные припадки (алкогольная эпилепсия). Опасность абстинентных состояний у больных алкоголизмом определяется высоким риском развития осложнений — судорожных припадков и металкогольных психозов. Этот риск тем выше, чем позже начинаются лечебные мероприятия и чем менее эффективными они являются.

11.6. Основные паттерны употребления алкоголя

Час гота алкогольных эксцессов и количество употребляемых спиртных напитков отличаются большим разнообразием даже в пределах сравнительно однородных в этнокультурном и биологическом отношении популяциях. Среди индивидов, принадлежащих к разным популяциям, эти различия еще более велики.

Понятно, что последствия употребления алкоголя во многом определяются его количественными параметрами. Вместе с тем связь между количественными показателями употребления алкоголя и тяжестью последствий этого употребления далеко не всегда имеет линейный характер. Важно также представлять отсутствие четкой зависимости между дозами и частотой употребления алкоголя и формированием алкоголизма.

11.6.1. Непатологическое употребление алкоголя

К данному типу употребления относятся редкие и умеренные формы употребления спиртных напитков, не имеющие заметных медицинских или социальных последствий и не приводящие к формированию алкогольной зависимости.

Необходимо принимать во внимание, что у лиц, предрасположенных к злоупотреблению алкоголем, даже умеренное употребление алкоголя может способствовать развитию алкогольной зависимости. В связи с этим единственный эффективный способ профилактики алкогольной зависимости у потомства больных алкоголизмом — полное воздержание от употребления спиртных напитков.

11.6.2. Запой

Запой или запойная форма злоупотребления алкоголем характеризуется следующими особенностями: 1) приступообразный характер; 2) непреодолимое влечение к алкоголю; 3) выраженный физический компонент алкогольной зависимости; 4) многодневное употребление больших суточных доз алкоголя; 5) полная утрата трудоспособности период приступа; 6) анорексия.

Наиболее характерным признаком запойной формы алкоголизма, отличающим его от других форм употребления алкоголя, является течение в форме приступа. Фазы болезни, как правило, отделены друг от друга периодами интермиссии, длительность которых может быть весьма продолжительной, а в ряде случаев исчисляется годами.

Запои представляют собой разнородную по этиопатогенетическим механизмам и клиническим проявлениям клиническую категорию.

В отечественной литературе принято выделять истинные и ложные запои. *Истинные запои,* или *дипсомания {эпсилон-алкоголизм,* по E. Jellinek, 1955), представляют собой разновидность пароксизмального расстройства (Альтшулер. 1999). Считается, что в связи с фазным состоянием истинного запоя его возникновение и продолжительность носят аутохтонный характер и не подвержены внешним влиянием. В этом заключается отличие этих состояний от *ложных запоев,* начало, продолжительность и завершение которых во многом определяются воздействием внешних факторов, в том числе ближайшим окружением больного, требованиями социальной и профессиональной среды.

Подразделение запоев на истинные и ложные формы мы считаем в известной степени условным. Во-первых, т. н. ложные запои («псевдозапои») встречаются довольно часто тогда как истинные запои считаются редким явлением. Терминологическая вторичность более частых состояний в сравнении с редкими аналогами протироречи^ логике терминообразования. Во-вторых, фазный характер т. н. истинных запоев (дипсомании)— далеко не во всех случаях доказанный факт. По этим двум причинам мы считаем допустимым обозначение понятием запоев (без уточнения их типологии) любые продолжительные массивные алкогольные эксцессы, самостоятельный выход больных из которых затруднен в связи с выраженной физической зависимостью от алкоголя, разделяющиеся длительными периодами воздержания от употребления спиртных напитков. При этом нельзя отрицать существование редких случаев идиопатических форм запоев, в их основе лежат фазные механизмы.

Необходимо иметь в виду, что больные с запойной формой алкоголизма требуют особого внимания при поступлении в клинику. Многодневное массивное злоупотребление алкоголем в сочетании с анорексией и недостаточным поступлением воды в организм вызывают тяжелые метаболические нарушения, выраженные изменения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия. Для запойных больных характерны более тяжелые формы алкогольного поражения печени и других внутренних органов, повышенный риск развития алкогольных психозов.

11.6.3. Непрерывное злоупотребление алкоголем

Запойный тип алкоголизма, как было сказано выше, характеризуется приступообразным течением. В его основе лежит, по-видимому, особая физиологическая предрасположенность. Логично было бы допустить, что для непрерывного злоупотребления алкоголем характерно иное внутреннее предрасположение как физиологического, так и генетического рода. Кроме того, непрерывное пьянство во многом определяется социальными и средовыми факторами и отсутствием механизмов, ограничивающих зло-Употребление алкоголем. Примером может служить непрерывный тип злоупотребления алкоголем у больных, принадлежащих к низшим социальным слоям.

Непрерывное пьянство характеризуется наиболее стремительным по сравнению с ^Ругими паттернами употребления алкоголя развитием соматических, висцеральных и Урологических расстройств. У больных с данным типом алкоголизма достоверно чаще ь'являются хронический панкреатит, цирроз печени, кардиомиопатия, полиневропатия

и металкогольные психозы, приобретающие у них наиболее тяжелое течение с неблагоприятными исходами.

11.6.4. Ремиттирующий тип алкоголизма

Ремиттирующий алкоголизм занимает промежуточное положение между запойным и непрерывным вариантами болезни и отличается существенным многообразием течения, клинических проявлений, соматоневрологических последствий и исходов.

Ремиссии алкоголизма могут иметь различную продолжительность и в наиболее благоприятных случаях исчисляются десятилетиями. Многолетняя ремиссия обычно характеризуется значительной или полной компенсацией соматических, висцеральных і неврологических последствий злоупотребления алкоголем, за исключением тех случаен когда проявления алкогольной болезни носят необратимый характер.

Выраженные психоорганические нарушения, развившиеся в результате систематического массивного злоупотребления алкоголем, в некоторых случаях практически не подвергаются обратному развитию даже при стойкой многолетней ремиссии алкоголизма. Больные этой категории характеризуются снижением уровня личности по органическому типу, когнитивными нарушениями различной степени. В общении с окружай щими они нередко демонстрируют приподнятость настроения, фамильярность, болтливость, отсутствие способности улавливать нюансы в поведении и высказывания* собеседников.

11.7. Алкогольные (металкогольные) психозы и другие формы алкогольного поражения нервной системы

Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к поражению центральной, нервной системы (ЦНС) и периферических нервов. Возникающие при этом мозговые изменения во многом определяют психический облик и особенности поведения больных алкоголизмом. В основе алкогольного поражения нервной системы лежат изменения обменных процессов (нейрометаболические нарушения), развитие которых связано со следующими патогенетическими факторами: 1) алиментарный (обусловленный нарушениями питания и усвоения пищи) дефицит веществ, необходимых для нормального функционирования центральных и периферических нервных структур; 2) снижение содержания ГАМК и аспартата в нервной ткани; 3) экситотоксические эффекты глутамата.

Определенную роль в формировании алкогольного поражения нервной системы играют другие патогенетические факторы, в том числе прямое повреждающее действие этанола и его метаболитов на нервную ткань, изменение активности ацетилхолина и моноаминов, снижение функции печени, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера и др.

Злоупотребление алкоголем сопровождается алиментарным дефицитом витаминов, электролитов и белков. Наиболее значимый для метал ко гол ьного поражения нервной системы компонент алиментарного дефицита—недостаток тиамина (витамина B_1). Кроме того, определенную роль в развитии металкогольного поражения мозга играет дефицит пиридоксина (витамина B_6), цианокобаламина (витамина B_{12}) и других витаминов. Недостаточность никотиновой кислоты (витамина РР) служит причиной развития одной из редких форм алкогольной энцефалопатии — алкогольной пеллагры, но может в том или ином виде отмечаться и при других формах металкогольных расстройств.

Алиментарный дефицит тиамина у лиц, злоупотребляющих алкоголем, обусловлен следующими факторами: 1) недостаточным поступлением витамина с пищей: 2) нарушением всасывания вещества из пищеварительной трубки в связи с поражением слизистой кишечника и синдромом мальабсорбции: 3) нарушением процессов фосфорилирования, в ходе которого тиамин превращается в активную форму.

Дефицит тиамина приводит к недостаточному образованию тиаминпирофосфата (ТПФ) и снижению активности ТПФ-зависимых ферментов, катализирующих многие биохимические реакции, в том числе процессы, обеспечивающие нормальный метаболизм нервной ткани. ТПФ-зависимые ферменты — альфа-кетоглутаратдегидрогеназа(б-КГДГ), пируватдегидрогеназа (ПДГ) и транскетолаза (ТК) принимают участие в обмене углеводов, метаболизме этанола и синтезе ГАМК. Снижение интенсивности трех перечисленных типов биохимических реакций имеет непосредственное значение для металкогольного поражения нервной системы.

При нарушении функции печени способность к накоплению тиамина снижается, что усугубляет проявления авитаминоза.

Уменьшения содержания ГАМК и аспартата и локальный лактоацидоз, связанные с дефицитом тиамина и снижением активности ферментов ТПФ-зависимой группы, вызывают биохимические сдвиги в нервной ткани. Измененный биохимический фон служит причиной повышенной уязвимости нервной ткани к повреждающему действию глутамата.

Значимость фактора дефицита тиамина и измененной активности ТПФ-зависимых ферментов в формировании неврологических расстройств при алкоголизме подтверждается заметным снижением активности ПДГ, б-КГДГ и ТК в срезах червя мозжечка в ходе секционных исследованиях больных с клинически и патоморфологически подтвержденным диагнозом болезни Вернике—Корсакова. В опытах на животных показано снижение активности б-КГДГ, а также уменьшение абсолютного содержания ГАМК и аспартата в тканях мозжечка при искусственно вызванном авитаминозе B_t и другие метаболические изменения, аналогичные тем, что post mortem определяются у больных алкоголизмом. Введение животным тиамина приводило к восстановлению ферментативной активности и нормализации содержания ГАМК в ткани червя мозжечка (Butterworth, 1993; Butterworth et al., 1993). Обратимость неврологических нарушений при алкогольной энцефалопатии (и, в частности, при Корсакове ком психозе) зависит, по-видимому, от степени описанных метаболических нарушений.

Экситотоксические эффекты глутамата обусловлены формированием сверхчувствительности NMDA-рецепторов (биогенным лигандом которых он является) при систематическом злоупотреблении алкоголем, его массивным высвобождением из связи с этими рецепторами в период острой отмены алкоголя и повреждающим воздействием на нервную ткань. Можно предположить, что степень обратимости острых алкогольных Расстройств зависит от степени повреждающего действия глутамата. Если это действие невелико, изменения в ЦНС носят характер «биохимического повреждения» и обладают °пределенной обратимостью. Более сильное экситотоксическое действие глутамата приводит к апоптозу, гибели нервных клеток и развитию необратимых или малообратимых Нейродегенеративных изменений.

В свете этих представлений становится очевидным, что синдром отмены алкоголя — Менно то фазное состояние у больных алкоголизмом, во время которого в первую Чередь развиваются атрофические процессы в ЦНС. Поэтому для предупреждения касаДного развития нейрометаболических сдвигов у больных алкоголизмом лечебные мероприятия при их поступлении в клинику необходимо начинать как можно раньше, при появлении первых признаков синдрома отмены алкоголя или даже с упреждением.

11.7.1. Понятие и клинические формы алкогольной болезни мозга

Алкогольная болезнь мозга (АБМ) — это совокупность психопатологических и неврологических симптомов церебральных изменений, развивающихся вследствие систематического злоупотребления алкоголем. АБМ включает следующие проявления и клинические формы: 1) синдром отмены алкоголя; 2) алкогольные (металкогольные) психозы; 3) алкогольные энцефалопатии; 4) судорожные припадки (алкогольная эпилепсия).

Синдром отмены алкоголя содержит в себе признаки обеих рассматриваемых здесь основных клинических категорий — алкоголизма и алкогольной болезни. С одной стороны, синдром отмены отражает физическую зависимость от алкоголя и выступает в роли клинического проявления и фазного состояния алкоголизма. С другой стороны, как указывалось выше, синдром отмены инициирует цепь последовательно сменяющих друг друга металкогольных расстройств и, следовательно, представляет собой облигатное проявление алкогольной болезни.

В соответствии с патогенезом и клиническими проявлениями, различные клинические формы АБМ могут быть разделены на две основные категории: типичные и атипичные. *Типичные формы АБМ* включают синдром отмены алкоголя, классические варианты белой горячки, энцефалопатию Вернике, корсаковский психоз, а также пароксизмальные состояния. Отдельные типы этих расстройств могут закономерно сменять друг друга у одного и того же пациента (как правило, в порядке приведенного здесь перечисления), отражая стадийность патологического металкогольного процесса. Общая характеристика типичных форм мозгового поражения включает преобладание экзогенной психопатологической симптоматики, сменяющейся (при неблагоприятном течении процесса) психоорганической симптоматикой. Особенность типичных форм АБМ — сочетание психических и неврологических нарушений. Типичные формы металкогольных психозов характеризуются более высокой летальностью по сравнению с атипичными. *Атипичные формы АБМ* представлены алкогольными психозами эндоформного типа, в том числе психотическими состояниями шизоформного и параноидного спектров: онейроидным делирием и другими атипичными вариантами белой горячки, острыми и хроническими алкогольными галлюцинозами, алкогольным бредом преследования, алкогольным бредом ревности. Неврологические симптомы в структуре атипичных металкогольных психозов незначительны или отсутствуют. Исход в энцефалопатию со стойкими когнитивными нарушениями корсаковского типа, а также летальные исходы нехарактерны для атипичных металкогольных психозов. Это, по нашему мнению, свидетельствуете меньшей степени органического церебрального поражения при этих формах АБМ по сравнению с типичными металкогольными психозами.

Можно предположить, что выраженные отличия психопатологических проявлений и динамики типичных и атипичных форм металкогольных психозов объясняются различием патогенетических механизмов, на базе которых они развиваются. Если в основе патогенеза типичных форм АБМ лежат охарактеризованные выше нейрометаболические расстройства и изменение функционирования нервной ткани, то в развитии атипичных психозов наряду с нейрометаболическими нарушениями значительную роль, по-видимому, играют генетические и конституциональные факторы, предрасполагающие к эндоформному психопатологическому реагированию при неблагоприятном экзогенном влиянии.

Предлагаемое нами разделение отдельных форм АБМ на две основные группы определенной степени соответствует точке зрения А. А. Портнова (2004). по мненИ! которого все алкогольные психозы, развивающиеся вне классического алкогольного де

лирия, отражают наличие шизофренической конституции (по нашему мнению, в отношении отдельных пациентов с атипичными алкогольными психозами возможна постановка вопроса не о шизофренической, а о паранойяльной конституции).

Отдельные стадии и варианты АБМ подчас трудно поддаются разграничению, что отражает отмеченный выше целостный характер церебрального металкогольного процесса. В ряде случаев почти невозможно отделить тяжело протекающий делирий от формирующейся на его основе энцефалопатии Вернике. Сложность разграничения энцефалопатии Вернике и острых форм корсаковской болезни подтверждает правомерность нередкого использования (особенно в зарубежной литературе) термина «синдром Вернике—Корсакова».

Условность подразделения металкогольных психических расстройств на отдельные клинические формы иллюстрируется также особенностями постпсихотического периода у лиц, перенесших алкогольный делирий. Во многих случаях этот период характеризуется аффективным и мотивационным уплощением, умеренным снижением когнитивных показателей, отсутствием критического отношения к собственным психическим расстройствам. Обычно эти состояния обратимы, особенно при условии проведения адекватной патогенетической терапии.

Характер и динамика транзиторных психоорганических расстройств, развивающихся по миновании острых проявлений белой горячки, позволяют ставить вопрос о возможности их рассмотрения в качестве мягких, рудиментарных форм острой корсаковской болезни.

Имманентное проявление АБМ — когнитивные расстройства. Различная степень снижения интеллекта отмечается у подавляющего большинства лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем. В наиболее благоприятных случаях когнитивные нарушения имеют субклинический характер, не замечаются окружающими и тем более самими больными и выявляются лишь в ходе нейропсихологического тестирования. По нашему мнению, когнитивный дефицит (наряду с феноменом психологических защит личности) играет существенную роль в возникновении такого психопатологического образования, как алкогольная анозогнозия.

Тяжелый когнитивный дефицит отмечается при таких конечных формах алкогольного поражения мозга, как корсаковский психоз, алкогольная деменция и алкогольный псевдопаралич.

11.7.2. Алкогольный делирий

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) представляет собой наиболее частый тип алкогольных психозов. Доля алкогольного делирия в общей структуре алкогольных психозов составляет, по оценкам разных авторов, 75-92% (Шумский, 1999, Wyss, 1967).

Актуальность проблемы алкогольного делирия определяется высоким отягощением психоза соматоневрологическими расстройствами, возможностью летального исхода, а также риском совершения общественно опасных действий, обусловленных галлюцинациями устрашающего характера и связанным с ними оборонительным поведением ольных. Значимость этой проблемы для общей клинической практики заключается в том, что белая горячка нередко развивается у пациентов хирургических, терапевтических, травматологических, реанимационных и других отделений клиник и больниц общего профиля.

Н. Г. Шумский (1999) выделяет 11 вариантов алкогольного делирия:

А. Типичные варианты: 1) гипнагогический делирий; 2) «делирий без делирия»; 3) абортивный делирий; 4) систематизированный делирий; 5) делирий с выраженными вербальными галлюцинациями.

Б. Атипичные варианты: 6) онейроидный делирий; 7) онирический делирий; 8) делирий с психическими автоматизмами; 9) затяжной делирий; 10) профессиональный делирий; 11) мусситирующий делирий.

Разделение Шумским различных вариантов алкогольного делирия на типичные и атипичные формы соответствует клинической реальности. Вместе с тем подобное подразделение должно, по нашему мнению, осуществляться с учетом не только частоты, но и механизмов развития психоза. Принимая во внимание патогенетический фактор, следует рассматривать типичные варианты, включающие все случаи алкогольных психозов психопатологическая симптоматика которых не выходит за пределы делириозного по мрачения сознания. В свою очередь, атипичные варианты включают острые алкоголь ные психозы с эндоформной — шизофреноподобной или параноидной — психопатол гической симптоматикой. В соответствии с этим подходом тяжелые формы делирия (пр фессиональный и мусситирующий) должны быть отнесены к первой (типичной) категории белой горячки.

Исходя из потребностей клинической практики, систематика типичного алкогольно-'; го делирия должна включать, в зависимости от тяжести и степени осложненности болезненного процесса, три основные категории.

1. Легкий (доброкачественный) делирий.
2. Классическая белая горячка (делирий средней степени тяжести).
3. Тяжело протекающий делирий. Первая категория имеет различные варианты наиболее благоприятных форм остры

алкогольных психозов, в том числе выделенные Н. Г. Шумским (1999) гипнагогически делирий, абортивный делирий и «делирий без делирия». Вторая категория включает наи более часто встречающиеся, средние по тяжести («классические») варианты делирия К третьей категории следует отнести неблагоприятные формы белой горячки, в том чис ле близкие по симптоматике профессиональный и мусситирующий делирий, а также феб рильный делирий, впервые описанный V. Magnan (1874). Эта категория, обозначаема З. И. Кекелидзе и В. П. Чехониным (1997) как «тяжелый алкогольный делирий», характери зуется наиболее плохим прогнозом в связи с высокой степенью соматоневрологическо^г^ отягощения и требует проведения интенсивной симптоматической терапии, а в ряде слу чаев и реанимационных мероприятий в связи с серьезной угрозой жизни больных.

Наиболее значимы для клинической практики варианты классической белой горяч ки как самого распространенного типа острых алкогольных психозов. Во многих случая при получении анамнестических данных удается выявить *предвестники ачкогольнЩ делирия,* появляющиеся за несколько дней, а иногда и за несколько недель до манифеста ции психоза (Жислин, 1965). Характерные предвестники белой горячки — это быстр утяжеляющиеся расстройства сна, наплывы зрительных представлений, яркие и обрывочные (порой калейдоскопически сменяющиеся) сновидения, нарастающее беспокойство, пугливость, немотивированные страхи, тремор. Иногда отмечаются зрительные галлюцинации, к которым у больных может быть критическое отношение.

Примерно в каждом десятом случае развитию горячки предшествуют эпилептиформные припадки с тонико-клоническими судорогами *(алкогольная эпилепсия),* возникающие за несколько часов до манифестации психоза.

Главное психопатологическое проявление делирия — *помрачение сознания,* выражающееся *нарушениями ориентировки* во времени и окружающей обстановке при со-

хранности ориентировки в собственной личности. К числу наиболее характерных проявлений алкогольного делирия относятся нарушения восприятия — *иллюзии* и *галлюцинации.* Для инициальной стадии белой горячки, как и других острых психозов экзогенного типа, наиболее характерны расстройства зрительного восприятия *(зрительные галлюцинации),* в несколько меньшей мере — тактильного восприятия *(осязательныегаллюцинации).* Позже у больных могут развиваться слуховые, обонятельные и кинестетические галлюцинации.

В типичных случаях появление иллюзий предшествует возникновению галлюцинаций. К распространенным типам иллюзий относятся *парейдолии:* больные, глядя на рисунок обоев или другие сложные изображения, видят передвигающихся животных или человеческие фигуры, ухмыляющиеся лица и другие объекты. Галлюцинируя, больные с белой горячкой могут видеть различных животных *(зоопсии)* или людей. Наиболее характерны видения мелких фигур живых существ *(микропсгш).* Достаточно специфичны для делирия вытянутые галлюцинаторные образы (проволока, нити, веревки и т. п.). В ряде случаев перед глазами больных разворачиваются панорамные изображения, батальные сцены. Галлюцинаторные образы нередко возникают на стене, сменяя друг друга. По остроумному выражению E. Bleuler, высказанному в 1920 г., «для белогоря-чечников кинематограф существовал уже с давних пор».

Обилие зрительных и слуховых галлюцинаций в структуре delirium tremens служит одной из причин того, что некоторые практические специалисты при квалификации острых металкогольных психозов необоснованно часто ставят диагноз алкогольного галлюциноза. В связи с неверной диагностикой доля острых алкогольных галлюцинозов в общей структуре металкогольных психозов достигает едва ли не половины, что, конечно же, не может соответствовать истинной частоте галлюцинозов как редкой и атипичной форме АБМ.

Характерное проявление нарушений восприятия в сочетании с повышенной внушаемостью — *симптом Липманна:* при надавливании на глазные яблоки у больных возникают зрительные галлюцинации, содержание которых нередко определяется характером внушения. При соответствующем словесном внушении больные способны видеть рисунки или текст на чистом листе бумаги *(симптом Рейхардта)* или говорить по отключенному телефону *(симптом Ашаффенбурга).*

Пациенты с типичным алкогольным делирием нередко полагают себя находящимися в типичной ситуации застолья. Часто отмечаются *ложные узнавания,* когда, например, больные признают в сотрудниках клиники родственников или старых приятелей.

К облигатному симптому алкогольного делирия относится *психомоторное возбуждение.* Эмоциональное состояние характеризуется выраженной аффективной лабильностью и быстрыми переходами от тревоги, страха, подавленности к благодушно-приподнятому настроению, фамильярности и алкогольному юмору *(«боязпивая веселость»* поЖислину, 1965).

Типичные признаки горячки — расстройства сна. Сон обычно значительно укоро-ен, поверхностен, сопровождается разнообразными сновидениями и прерывается час-'Ми пробуждениями. Тесная связь между нарушениями сна и расстройствами вос-РИятия размывает грань между сном и бодрствованием, и порой наплывы галлюцина-оывает трудно отличить от ярких сновидений. Галлюцинации, вплетаясь в различные Ы сна, могут быть *гипнагогическими* (возникающими при засыпании) *шнтгипно-пическими* (развивающимися при пробуждении). В развернутой стадии психоза у Льных развивается стойкая бессонница.

Одно из характерных проявлений белой горячки — *неустойчивость и повышенная отвлекаемость внимания* (иногда достигающая степени *сверхотклика&мости),* в связи с чем целенаправленная беседа с пациентами бывает крайне затруднена. Восприятие больными окружающего носит неустойчивый и фрагментарный характер. Неустойчивость внимания у больных с алкогольным похмельным синдромом, выражающаяся в неспособности удерживать в памяти линию беседы, может выступать в качестве одного из предвестников развивающегося делирия, позволяя своевременно распознать начало психоза и предпринять адекватные лечебные мероприятия.

Для пациентов с алкогольным делирием характерны выраженные вегетативные нарушения с тремором и потливостью. Дыхание у больных учащено (что наряду с усиленной потливостью и повышенной температурой тела приводит к быстрому обезвоживанию). Артериальное давление и частота сердечных сокращений повышены. Тахикардия | может сопровождаться нарушениями ритма, что особенно опасно у больных с алкогольной кардиомиопатией.

Температура тела при белой горячке обычно повышается. Повышение температу-.| ры как неспецифический симптом делирия (с чем и связано другое название этого пси- { хоза— горячка) необходимо отделять от гипертермии, обусловленной острой пневмонией или другим висцеральным заболеванием, способным развиваться одновременно с делирием или проходить в качестве осложнения психоза.

Признак утяжеления болезненного процесса и угрозы развития острой энцефалопатии — центральная гипертермия, отражающая грубые нарушения общей физиологичен ской регуляции. Центральная гипертермия характеризуется отсутствием реакции на антибиотики и недостаточной или отсутствующим откликом на жаропонижающие средства.

Резюмируя приведенный перечень симптомов алкогольного делирия, следует выделить его главный и практически патогномоничный признак, отличающий данный психоз от других металкогольных психозов. Симптоматика алкогольного делирия отличается , лабильностью и изменчивостью, принимающими иногда крайние формы. Проявления специфической горячечной изменчивости — неустойчивость внимания, быстрые переходы от сна к бодрствованию и поверхностный характер сна, постоянная сменяемость галлюцинаторных образов, колебания гемодинамических и вегетативных показателей. Алкогольные галлюцинозы, обнаруживающие определенное психопатологическое сходство с делирием, отличаются относительным постоянством симптоматики и не сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами, т. е. не несут в себе специфичного «горячечного» компонента.

Особую важность для клинической практики представляют вопросы течения и прогноза алкогольных психозов. Алкогольный делирий, в зависимости от тяжести симптоматики, типа течения и степени соматоневрологического отягощения, имеет следующие исходы: 1) выздоровление без видимых психических расстройств; 2) выздоровление с психоорганическим дефектом; 3) энцефалопатия Вернике; 4) корсаковский психоз; 5) смерть.

Летальность среди пациентов с алкогольными делириями в настоящее время не превышает 3-5%, что во многом объясняется успехами фармакотерапии. Очевидно, при неадекватном лечении и тем более при отсутствии лечения показатели смертности могут в значительной степени возрастать.

Один из достоверных критериев неблагоприятного течения и исхода белой горячки и других металкогольных психозов — смещение соотношения между психопатологическими и неврологическими симптомами в сторону преобладания последних. Наиболее доброкачественными в прогностическом смысле считаются случаи делирия, клиниче-

ские проявления которого практически исчерпываются психопатологической симптоматикой, а неврологическая симптоматика сводится к вегетативным расстройствам (пусть и бурно протекающим). Даже острейшие формы алкогольной белой горячки, протекающие с крайне обильными галлюцинаторными расстройствами и тяжелым психомоторным возбуждением, но не сопровождающиеся выраженными неврологическими расстройствами и поражением внутренних органов, при своевременном и адекватном лечении почти не представляют опасности неблагоприятного исхода.

Острое течение болезни считается благоприятным признаком не только при металкогольных психозах, но и может рассматриваться как общее правило психиатрии. Известно, что острое начало психических расстройств относится к критериям благоприятного прогноза при шизофрении.

Признаком утяжеления течения металкогольных психозов служит смена делириозного помрачения сознания простым (т. н. количественным) снижением его уровня по типу оглушения или сопора. Еще более грозный симптом —трансформация делириозного помрачения сознания в аментивное.

Если стойкая горячечная бессонница сменяется сонливостью, а двигательное неистовство — вялостью или возбуждением в пределах постели, можно констатировать переход делирия в неблагоприятную стадию острой энцефалопатии, требующую принципиального изменения лечебных мероприятий в связи с возникновением серьезной угрозы жизни больных.

Очевидно, как уже указывалось выше, наиболее неблагоприятны течение и исход мусситирующего и профессионального делирия.

11.7.3. Энцефалопатия Вернике

Энцефалопатия Вернике (устаревшее наименование — polioencephalitis haemorrhagica superior, верхний геморрагический полиоэнцефалит) представляет собой наиболее опасную форму АБМ. Принадлежность данной формы острой энцефалопатии к металкогольным психозам в значительной степени условна, поскольку в ее клинической картине преобладает тяжелая неврологическая симптоматика, в то время как психопатологические проявления болезни достаточно скудны.

Обычно энцефалопатия Вернике развивается в исходе неблагоприятно протекающего алкогольного делирия, хотя в некоторых случаях болезнь может формироваться исподволь, без предшествующего психотического эпизода. Кроме того, мы наблюдали случай развития энцефалопатии Вернике на вторые сутки доброкачественного, близкого к абортивному, алкогольного делирия (Сиволап и др., 2006).

Психопатологическая симптоматика энцефалопатии Вернике представлена тремя основными проявлениями: 1) помрачением сознания; 2) речевой бессвязностью; 3) возбуждением в пределах постели. В целом психические процессы при энцефалопатии Вернике характеризуются упадком и заторможенностью, что отличает данное заболевание от классического делирия со свойственными ему возбуждением и лабильностью физиологических и психических процессов.

Если при белой горячке отмечается помрачение сознания по типу делирия, то при энцефалопатии Вернике — снижение его уровня с преобладанием сомноленции или сопора, способных при тяжелом течении болезни сменяться комой. В некоторых случаях отмечается помрачение сознания по аментивному типу. Речевое возбуждение с повышенной отвлекаемостью внимания при переходе делирия в острую энцефалопатию сменяется речевой бессвязностью, а психомоторное возбуждение — обиранием

или мелкими стереотипными движениями. Пациенты с энцефалопатией Вернике обычно крайне ослаблены и бывают не в состоянии оставить пределы постели, безучастны, отрешены от окружающего.

Неврологические расстройства при энцефалопатии Вернике в первую очередь представлены следующими категориями: 1) глазодвигательные нарушения и зрачковые расстройства; 2) мозжечковая атаксия; 3) менингеальные симптомы; 4) полиневропатия; 5) изменения мышечного тонуса; 6) гиперкинезы.

Наиболее характерные глазодвигательные нарушения при энцефалопатии Вернике — нарушения фиксации взора, нистагм, косоглазие, диплопия, птоз. В наиболее тяжелых случаях развивается полная офтальмоплегия. Зрачковые расстройства у некоторых больных представлены *симптомом Гуддена* (миоз, анизокория, ослабление или исчезновение реакции зрачков на свет, нарушение конвергенции).

Дегенеративные изменения коры полушарий и червя мозжечка у больных с тяже-, лым течением АБМ проявляются нарушениями координации и другими симптомами мозжечковой атаксии.

Наиболее частым менингеальным симптомом острой алкогольной энцефалопатии служит ригидность затылочных мышц. Полиневропатия, как неспецифический «сквозной» симптом алкогольного поражения нервной системы, обычно достигает тяжелой степени и может сопровождаться развитием нижнего парапареза. Моторная сфера характеризуется изменениями тонуса скелетной мускулатуры: в одних случаях отмечается его повышение, в других, напротив, снижение. В ряде случаев мышечная гипертония достигает степени *децеребрационнойригидности.* У некоторых пациентов повышение мышечного тонуса в нижних конечностях сочетается со снижением тонуса мускулатуры верхних конечностей (Шумский, 1999).

Характерный неврологический симптом тяжелых форм острой алкогольной энцефалопатии — гиперкинезы. У больных отмечаются мышечные подергивания, мышечная дрожь, хореиформные и атетоидные движения; часто наблюдаются хоботковый рефлекс и другие оральные автоматизмы.

Как и другие стадии неблагоприятно протекающей АБМ, энцефалопатия Вернике может проявляться судорожными припадками.

К типичным симптомам энцефалопатии Вернике относится центральная гипертермия, плохо устраняемая жаропонижающими средствами. Данный тип гипертермии как проявление нарушения центральной физиологической регуляции следует отличать от острой пневмонии и других инфекционно-воспалительных заболеваний, осложняющих течение металкогольных психозов. Необходимо также принимать во внимание, что повышение температуры может быть одновременно вызвано разными причинами.

Соматические и висцеральные нарушения. Подавляющее большинство пациентов с энцефалопатией Вернике (как и с острыми формами Корсакове кой болезни) характеризуется выраженным физическим истощением, тяжелыми алиментарными расстройствами и иммунными нарушениями. Общий физический упадок при энцефалопатии Вернике проявляется значительным снижением артериального давления и наполнения пульса. I Угнетение гемодинамики сопровождается тахикардией, которая иногда сочетается с аритмией. Дыхание бывает поверхностным и учащенным.

Физическое истощение в сочетании с тяжелыми неврологическими нарушениями и] обездвиженностью определяют характерный облик больных. Кожа пациентов с острой алкогольной энцефалопатией свидетельствует о системных нарушениях обмена и тро-.i фических процессов: она имеет бледно-серый цвет, часто с землистым оттенком, выгля- 1 дит сальной либо, напротив, сухой с наклонностью к быстрому развитию пролежней, j

Кроме того, вид кожных покровов обычно отражает нарушения кроветворения: отмечается повышенная ломкость капилляров, легко возникают мелкоточечные кровоизлияния. Язык у больных острой алкогольной энцефалопатией обычно покрыт серым, желтым или коричневым налетом, а при дефиците цианокобаламина (гиповитаминозе В) имеет малиновый цвет.

Течение и исход. Продолжительность болезни исчисляется несколькими днями, а в ряде случаев может затягиваться до 6 недель (Шумский, 1999). Летальность энцефалопатии Вернике колеблется в широких пределах и при неадекватном лечении может достигать 40-50%. Причину смерти порой бывает трудно установить в связи с нередким множественным соматическим отягощением мозговых нарушений.

Частый исход энцефалопатии Вернике — корсаковский психоз. Кроме того, в исходе энцефалопатии может развиваться алкогольная деменция или алкогольный псевдопаралич. Почти у всех выживших больных развивается психоорганический синдром различной тяжести. В очень редких, наиболее доброкачественных случаях может отмечаться практическое выздоровление, иногда даже без грубого психоорганического дефекта.

11.7.4. Корсаковский психоз

К числу исходных форм АБМ относится корсаковский психоз (корсаковская болезнь, алкогольный полиневритический психоз), формирующийся при многолетнем злоупотреблении алкоголем, что сопровождается выраженными алиментарными расстройствами, физическим истощением и множественным поражением нервной системы.

В классических случаях корсаковский психоз развивается в исходе энцефалопатии Вернике или тяжело протекающего алкогольного делирия, но иногда может формироваться постепенно, без предшествующего острого алкогольного психоза.

Клиническая картина корсаковской болезни в первую очередь проявляется когнитивными нарушениями. Ведущее место в психопатологии корсаковского психоза занимают расстройства памяти (все виды амнезии, главным образом фиксационной, а также ретроградной и антероградной). Характерная особенность амнестического синдрома корсаковского типа — отсутствие памяти о текущих событиях при относительной сохранности памяти о событиях прошлого. «...Больные живут в какой-нибудь давным-давно минувшей ситуации, из которой их легко путем внушения перенести в другую ситуацию, также давно уже не существующую» (Wyss, 1967).

Фиксационная амнезия при алкогольном полиневритическом психозе иллюстрируется клиническим описанием, приведенным С. С. Корсаковым (1887):«.. .Отодного больного приходилось слышать почти постоянно следующее: "Я залежался сегодня, сейчас встану — только вот сию минуту ноги как-то свело — как только они разойдутся, я и встану". У него была длительная контрактура в коленях, но он, не помня о ее существовании, считал, что это только дело данной минуты. Этот же больной категорически утверждал, что у него никаких болей в ногах нет, а между тем у него были очень сильные стреляющие боли: когда стрельнет, он закричит, а потом сейчас же на вопрос ответит, что у него решительно никаких болей нет... Этот же больной, читая газету, мог десять раз подряд прочесть одну и ту же строчку как нечто совершенно новое; бывало так, что случайно глаза его остановятся на чем-нибудь интересном, и он прочтет эту строчку вслух своей матери и рассмеется; но в это время он, конечно, на несколько секунд оторвет глаза от того места, которое он читал, а потом, когда глаза его опять нападут на это место, хотя бы сейчас же, он опять с теми же словами: "Послушай, мама", — читает это место, и таким образом может повторяться много раз…»

Выраженные проявления фиксационной амнезии могут приводить к развитию амнестической дезориентировки. Пациенты грубо дезориентированы во времени и окружающей обстановке, не в состоянии определить текущую дату и хотя бы приблизительную продолжительность стационарного лечения, не могут найти своего места в палате и запомнить расположение других помещений в клинике.

Для пациентов с корсаковским психозом характерны конфабуляции обыденного содержания, отражающие события прошлого. К числу редких наблюдений относятся конфабуляции фантастического содержания. В некоторых случаях отмечается наплыв конфабуляции, приводящий к развитию конфабуляторной спутанности. Больные часто осознают собственную психическую несостоятельность и пытаются скрыть нарушения памяти, давая уклончивые ответы на вопросы собеседников.

В классическом исследовании корсаковского психоза К. Bonhoeffer выделяет расстройство «замечивания» (Merkahigkeit), лежащее в основе нарушений памяти и общей психической несостоятельности больных. Выделенный признак в известной мере позволяет объяснить, почему амнестический синдром при корсаковском психозе сопровождается значительными расстройствами активности и целенаправленности ассоциативных процессов.

Корсаковский психоз проявляется астеническими и аффективными расстройствами психоорганического типа с преобладанием апатии, повышенной утомляемости, быстрой истощаемости. В некоторых случаях у больных отмечаются эйфория и аффективная лабильность.

Бредовые расстройства при корсаковском психозе развиваются редко. С. С. Корсаков (1887) связывал их развитие с псевдореминисценциями. В соответствии с нашими клиническими наблюдениями, псевдореминисценции нехарактерны для больных с корсаковским психозом. Преобладающим видом дисмнезий при этом заболевании являются конфабуляции.

У многих пациентов, страдающих корсаковской болезнью, отмечается алкогольная полиневропатия, тяжесть которой соответствует тяжести психоорганических нарушений. Поражение периферических нервов в ряде случаев приводит к развитию парезов.

Течение и исход. Фиксационная амнезия как ядерный симптом когнитивных расстройств при корсаковском психозе, за редкими благоприятными исключениями, носит необратимый характер, что служит главной причиной стойкой утраты трудоспособности в подавляющем большинстве случаев. Вместе с тем другие психические функции у больных могут в той или иной степени восстанавливаться. Еще более благоприятной динамикой (особенно при адекватном лечении) характеризуются проявления полиневропатии.

Корсаковский психоз небезосновательно относится к категории хронических алкогольных энцефалопатии (Шумский, 1999; Иванец, Винникова, 2002). Вместе с тем в клинической практике наблюдаются редкие случаи острого и обратимого течения корсаковской болезни, в том числе наблюдавшиеся нами (Сиволап и др., 2006). Подобные случаи, как и другие наблюдения атипичных металкогольных синдромов, подчеркиваю! клинико-патогенетическое единство алкогольного поражения мозга и определенную степень условности выделения его отдельных форм.

11.7.5. Редкие формы алкогольной энцефалопатии

Н. Г. Шумский (1999) относит к редким формам алкогольного поражения мозга энцефалопатию с картиной бери-бери; алкогольную пеллагру; алкогольную амблио-

пию; энцефалопатию вследствие стеноза верхней полой вены; алкогольную мозжечковую атрофию (основные формы которой рассмотрены в специальном разделе настоящей главы); болезнь Маркиафавы—Биньями; центральный миелиноз моста; ламинарный склероз Мореля.

Представляя общую характеристику редких форм АБМ, можно высказать предположение, что их существование обусловлено либо избирательным действием особых, выявленных или гипотетических, патогенетических факторов (алкогольная пеллагра, болезнь Маркиафавы—Биньями), либо особой чувствительностью отдельных мозговых зон к типичным металкогольным нейрометаболическим сдвигам (алкогольная амблиопия, центральный миелиноз моста).

Энцефалопатия с картиной бери-бери — следствие наиболее тяжелых форм алиментарного дефицита тиамина (витамина B_1). Болезнь проявляется значительным когнитивным дефицитом, астенической симптоматикой, выраженной полиневропатией и во многом напоминает классические описания «множественного неврита» у больных алкоголизмом, принадлежащие перу С. С. Корсакова (1997). Характерная особенность алкогольной бери-бери— полиорганные висцеральные нарушения.

Алкогольная пеллагра обязана своим существованием преобладающему воздействию дефицита никотиновой кислоты (авитаминоза PP) в генезе алкогольной болезни. Заболевание носит системный характер. Помимо нервной системы, в болезненный процесс вовлечены кожные покровы и внутренние органы. Как и пеллагра неалкогольной этиологии, болезнь проявляется тремя «Д»: деменцией, дерматитом и диареей.

В относительно доброкачественных случаях деменция при явлениях пеллагры не развивается, а психическое состояние больных характеризуется типичным для тяжелых форм алкоголизма снижением уровня личности по органическому типу, различной степенью нарушений памяти и астенической симптоматикой. Больные часто жалуются на головные боли и нарушения сна. Возможны эпизоды делириозного помрачения сознания.

Поражение кожных покровов представлено двухсторонними участками воспаления или шелушения кожи.

Диарея, как третья литера «Д» в клинической триаде пеллагры, отражает множественное поражение слизистых оболочек пищеварительного тракта, в том числе стоматит, хейлит, энтерит. Частыми симптомами диспепсии служат тошнота и рвота.

Клиническая симптоматика алкогольной пеллагры нередко подвергается быстрому обратному развитию при парентеральном введении адекватных доз никотиновой кислоты или никотинамида (Brust, 2004).

Описано несколько случаев смерти, последовавшей за введением больным алкогольной пеллагрой тиамина (витамина B_1) и пиридоксина (витамина B_6) (Serdaru et al.. 1988). Возможностью усугубления авитаминоза PP при введении тиамина обосновывается необходимость одновременного назначения с витаминами группы B препаратов никотиновой кислоты при лечении неврологически отягощенных форм алкоголизма (Дамулин, 2005).

Алкогольная амблиопия проявляется двухсторонней атрофией дисков зрительных нервов. В основе поражения лежит демиелинизация зрительных нервов, chiasma opticum и зрительных трактов. Болезнь характеризуется прогрессирующим ухудшением зрения, сужением полей зрения, центральными или центроцекальными скотомами. Возможно нарушение восприятия зеленого и красного цветов.

Степень поражения зрительных нервов возрастает при синергическом действии алкоголя и табака (Carroll, 1944; Victor, Dreyfus, 1965). Возможно, это обусловлено содержа-

нием цианидов в табачном дыме (Kermode et al., 1989). Диагноз алкогольной амблиопии основывается на выраженных нарушениях зрения. Диски зрительных нервов при офтальмоскопии имеют бледный и отечный вид.

Офтальмологические симптомы обычно сопровождаются различными неврологическими нарушениями, в первую очередь симптомами полиневропатии и алкогольного поражения мозжечка. Психические нарушения, как правило, исчерпываются неспецифическими проявлениями психоорганического синдрома. В некоторых случаях отмечаются эпизоды помрачения сознания.

Нетяжелые нарушения зрения могутподвергаться обратному развитию при воздержании от алкоголя и проведении витаминотерапии.

Энцефалопатия вследствие стеноза верхней полой вены развивается у больных с' алкогольным циррозом печени, осложненным портальной гипертензией. Психопатологические проявления болезни включают симптомы, характерные для сосудистых психозов, и могут включать различные формы помрачения сознания, раздражительность, астенические расстройства.

Неврологические симптомы представлены снижением мышечного тонуса, тремором конечностей, судорожными припадками. Смерть больных обычно наступает в состоянии глубокой комы. В редких случаях у выживших больных может наблюдаться обратное развитие психопатологической и неврологической симптоматики (Шумский, 1999).

Болезнь Маркиафавы—Биньями долгие годы считалась эндемичным заболеванием, характерным для винодельческих стран южной Европы и обусловленным неумеренным употреблением виноградных вин. Во второй половине XX в. появились описания морфологически и клинически неотличимых состояний у жителей других регионов, болезнь которых развивалась в связи со злоупотреблением пивом или виски (Ironside et al., 1961), а также единичные сообщения о болезни Маркиафавы-Биньями неалкогольной этиологии (Leong, 1979;Kosakaetal., 1984).

Заболевание впервые было описано двумя итальянскими патологами — E. Marchiafava(1847-1935)H A. Bignami (1862-1929), наблюдавшими тяжелвые прогрессирующие психические и неврологические расстройства у итальянских крестьян, злоупотреблявших красным вином домашнего приготовления. В последующие годы сходные клинические наблюдения были представлены французскими исследователями. В настоящее время известно более ста анатомически верифицированных случаев болезни Маркиафавы—Биньями (Шумский, 1999). Правомерность выделения данной формы АБМ в отдельное заболевание до сих пор остается предметом дискуссий.

Морфологической основой болезни Маркиафавы—Биньями является центральная демиелинизация мозолистого тела.

Болезнь Маркиафавы—Биньями преимущественно отмечается у мужчин зрелого возраста и развивается в течение нескольких месяцев или нескольких лет, нередко манифестируя алкогольным делирием. Типичные симптомы заболевания — нарастающее психомоторное возбуждение, быстро развивающиеся расстройства памяти и ориентировки. К числу нередких психопатологических проявлений болезни относятся острые маниакально-бредовые психозы, галлюцинозы, депрессивные состояния. В конечных стадиях болезни может развиваться слабоумие.

Неврологическая симптоматика болезни Маркиафавы—Биньями в разных случаях включает судорожные припадки, преходящие гемипарезы, афазию, апраксию. мышечную ригидность, дизартрию, астазию-абазию, хорею и атетоз. Прогрессирующая неврологическая симптоматика заканчивается комой и смертью больных. Иногда причиной летального исхода служит сопутствующее поражение печени и печеночная недостаточ-

ность. В некоторых случаях у больных с тяжелыми неврологическими нарушениями наступает спонтанное выздоровление.

Центральныймиелинозмоста (центральный понтинный миелинолиз) относится к числу наименее изученных форм энцефалопатии с неясной этиологией. По мнению исследователей, впервые описавших данную форму поражения мозга, в ряде случаев она остается нераспознанной в связи с бессимптомным течением (Adams et al., 1959). В настоящее время эта форма металкогольного поражения мозга легко выявляется с помощью магнитно-резонансной томографии и других методов нейровизуализации.

Морфологическим субстратом болезни, как следует из ее названия, служат демиелинизация и дегенеративные изменения варолиева моста. Иногда локальное повреждение носит геморрагический или некротический характер.

Считается, что данное заболевание быстрее развивается у пациентов с тяжелыми сопутствующими висцеральными заболеваниями, в том числе поражением печени, сахарным диабетом, амилоидозом почек, нарушениями кроветворения.

Центральный миелиноз (или, правильнее, миелинолиз) моста проявляется разнообразными неврологическими симптомами: снижением чувствительности, псевдобульбарными расстройствами, глазодвигательными нарушениями, ступорозными состояниями. Имеются наблюдения скоротечного развития болезни с тетраплегией и смертью через 2-4 недели после появления первых неврологических симптомов. В тяжелых случаях прогрессирующие неврологические нарушения заканчиваются сопором, комой и смертью больных.

Подобно некоторым другим формам энцефалопатии, центральный миелинолиз моста может иметь неалкогольную природу и развиваться в результате нарушений питания и обезвоживания мозга (Adams et al., 1959). Описаны случаи развития демиелинизирующего перерождения варолиева моста у детей (Valsamis et al., 1971).

Как мы уже отмечали, центральный миелинолиз моста относится к разряду метал когольных церебральных поражений. Особый характер их клинических проявлений обусловлен повышенной чувствительностью отдельных зон ЦНС к действию типичных для алкоголизма нейрометаболических факторов. В этом смысле данное заболевание в той же мере имеет право на нозологическую самостоятельность, как, к примеру, алкогольная дегенерация мозжечка или другие формы энцефалопатии, морфологической основой которых служат демиелинизирующие процессы экстрапонтинной локализации. Подтверждением правомерности данного суждения, по нашему мнению, является то, что центральный миелинолиз моста нередко развивается в ассоциации с алкогольной пеллагрой и корсаковской болезнью.

Ламинарный склероз Мореля может быть практически неотличимым от алкогольного псевдопаралича, поэтому правомерность его квалификации в качестве отдельного заболевания оспаривается некоторыми исследователями (Шумский, 1999; Brion, 1976; Hayashietal.,2002).

В качестве морфологической основы болезни выступает глиоз и гибель нейронов третьего слоя коры конвекситальных областей лобных и теменных долей мозговых полушарий (Naeihe et al., 1978). В ряде случаев заболевание развивается в ассоциации с болезнью Маркиафавы—Биньями.

Психопатологическая симптоматика ламинарного склероза Мореля в большинстве случаев проявляется прогрессирующим слабоумием с быстрым распадом личности. Выживаемость больных при данной форме АБМ выше, чем при болезни Маркиафавы—Биньями и центральном миелинозе моста.

7 Зак. 3806

11.7.6. Алкогольная деменция

Слабоумие, развивающееся вследствие злоупотребления алкоголем, или алкогольная деменция, имеет принципиальные отличия от корсаковского психоза. В большинстве случаев хронического течения корсаковской болезни когнитивные расстройства представлены главным образом амнестическим симптомокомплексом, а другие психические нарушения выражены умеренно. Это позволяет, даже при известной степени снижения уровня личности по органическому типу; констатировать ее определенную сохранность. Алкогольная деменция, как и другие формы слабоумия, характеризуется значительно более грубым когнитивным дефицитом, нарушения памяти в ее структуре сопровождаются тяжелыми расстройствами мышления. Подобно дементным состояниям другой этиологии, алкогольное слабоумие манифестируется выраженными изменениями личности, достигающими в наиболее тяжелых случаях степени распада.

Клинические проявления алкогольной деменции обусловлены поражением передних отделов мозга. Методы нейровизуализации позволяют констатировать диффузную церебральную атрофию, расширение мозговых желудочков и борозд. Примечательно, что степень атрофии мозгового вещества не обнаруживает отчетливой корреляции с тяжестью когнитивных расстройств (Дамулин, Шмидт, 2004).

Как и другие конечные формы АБМ, алкогольная деменция чаще всего формируется в исходе алкогольного делирия или острой алкогольной энцефалопатии.

Длительное воздержание от употребления алкоголя при адекватной нейрометаболической терапии может способствовать частичному обратному развитию атрофических изменений, выявляемых методами нейровизуализации, но когнитивные расстройства в большинстве случаев носят необратимый характер.

11.7.7. Алкогольный псевдопаралич

Самостоятельность данной формы АБМ признается не всеми исследователями. Некоторые авторы склонны рассматривать ее в качестве одного из вариантов алкогольной деменции (Бачериков, Бачериков, 1989). Подобно корсаковскому психозу и алкогольной деменции. алкогольный псевдопаралич обычно развивается в исходе тяжело протекающих алкогольных делириев (нередко повторных) или энцефалопатии Вернике и значительно реже формируется постепенно, вне явной связи с острыми металкогольными психозами.

Особенности алкогольного паралича — преобладание лобной симптоматики, расторможенность влечений и быстрый распад личности. Психическое состояние характеризуется общим отупением с преобладанием апатии (вплоть до ступорозных состояний) либо, напротив, экспансивными расстройствами с эйфорией, отсутствием критического отношения к своим поступкам и высказываниям и переоценкой собственных возможностей. В ряде случаев появляются идеи величия. Отмечены также наблюдения тревожно-депрессивных синдромов с элементами бреда Котара (Шуйский, 1999).

Заболевание характеризуется полиморфной неврологической симптоматикой, в том числе глазодвигательными нарушениями, арефлексией, тремором, дизартрией. Возможны сопутствующие проявления мозжечковой атаксии. Среди больных с алкогольным параличом (как и со многими другими тяжелыми формами АБМ) отчетливо преобладают мужчины зрелого и позднего возраста (Шумский, 1999).

Если заболевание развилось внезапно после острого металкогольного психоза, прекращение употребления алкоголя и активная нейрометаболическая терапия могут спо-

собствовать выраженной редукции дементных расстройств с исходным формированием относительно неглубоких психоорганических нарушений.

11.7.8. Алкогольная дегенерация мозжечка

Кора полушарий мозжечка и червь мозжечка относятся к мозговым зонам, обладающим повышенной чувствительностью к дефициту тиамина, развивающемуся при систематическом злоупотреблении алкоголем. В связи с этим ее дегенеративные изменения — это характерный морфологический признак тяжелых форм АВМ при секционном исследовании.

Как и другие тяжелые металкогольные неврологические нарушения, дегенерация мозжечка развивается при многолетнем массивном злоупотреблении алкоголем. Подобно металкогольным психозам и другим формам АБМ, алкогольная дегенерация мозжечка возникает далеко не у всех больных алкоголизмом даже при большой продолжительности болезни и значительных нарушениях питания. Принято считать, что существенную роль в предрасположении к металкогольным неиродегенеративным процессам играет генетически обусловленная повышенная чувствительность нервной ткани к дефициту тиамина (Martin et al., 1993).

Дегенерация мозжечка при алкоголизме находит клиническое отражение в различных проявлениях атаксии. Болезнь преимущественно затрагивает нижние конечности и дает о себе знать нарушениями стояния и ходьбы. При выполнении пяточно-коленной пробы определяется интенционный тремор.

Проявления алкогольной дегенерации мозжечка отмечаются на разных этапах неблагоприятного течения АБМ; это характерный симптом энцефалопатии Вернике. корсаковской болезни и алкогольного слабоумия. В некоторых случаях дегенерация мозжечка обнаруживается в качестве относительно самостоятельной клинической формы алкогольного поражения мозга вне перечисленных металкогольных психозов.

Для большинства случаев алкогольной дегенерации мозжечка характерно хроническое и медленно прогрессирующее течение. У некоторых больных могут отмечаться интермиттирующие мозжечковые расстройства, развивающиеся остро после алкогольного эксцесса либо в результате воздействия интеркуррентных факторов (инфекционной болезни или неалкогольных нейрометаболических сдвигов) и в дальнейшем претерпевающие обратное развитие (Дамулин, 2005).

Начальные формы дегенеративных изменений коры полушарий и червя мозжечка могут претерпевать обратное развитие при полном прекращении употребления алкоголя и назначении адекватных доз тиамина, пиридоксина и никотиновой кислоты.

11.7.9. Алкогольная полиневропатия

Полиневропатия — весьма распространенное, но при этом (в связи со скудостью клинических проявлений) не всегда распознаваемое проявление алкогольного поражения нервной системы. Полиневропатия (обычно в средней и тяжелой форме) встречается практически у всех пациентов с энцефалопатией Вернике и корсаковской болезнью. Однако значительно чаще у лиц, злоупотребляющих алкоголем, обнаруживаются легкие изолированные формы полиневропатии, не сопровождающиеся тяжелыми психоорганическими изменениями.

У некоторых больных, перенесших энцефалопатию Вернике или другие формы острой алкогольной энцефалопатии, обнаруживаются очевидные признаки быстро нарас-

тающей полиневропатии с болями, арефлексией, нарушениями походки и выраженными двигательными расстройствами (вплоть до нижнего парапареза); развиваются с определенным отставанием от психопатологической симптоматики, по миновании помрачения сознания и других проявлений острого психоза.

Выраженные проявления множественного поражения нервной системы определили одно из названий описанного С. С. Корсаковым (1887; 1889) особого психического расстройства— *алкогольного полиневритического психоза,* позже названного его именем.

В основе алкогольной полиневропатии лежат те же патогенетические механизмы, что и в причинах металкогольных психозов. Определенное отличие заключается в том, что для поражения периферических нервов большее значение, чем для металкогольного поражения ЦНС, имеет прямое нейротоксическое действие алкоголя (Vittadini et al., 2001).

Морфологическим субстратом поражения периферической нервной системы при алкоголизме служит повреждение аксонов нервных клеток (дистальная аксонопатия). У больных алкоголизмом в первую очередь поражаются наиболее длинные и толстые нервные волокна (Vittadini et al., 2001). Дегенерация аксонов иногда сопровождается вторичной сегментарной демиелинизацией (Дамулин, Шмидт, 2004). •

Наиболее характерная форма поражения периферических нервов при злоупотреблении алкоголем —дистальная симметричная сенсорная или сенсомоторная полиневропатия. Значительно реже инициальные проявления полиневропатии отмечаются в проксимальных отделах конечностей. При алкогольной полиневропатии в первую очередь страдают нервные стволы нижних конечностей. В дальнейшем в патологический процесс могут вовлекаться нервы верхних конечностей.

Ранние симптомы алкогольной полиневропатии — парестезии и ослабление сухожильных рефлексов. Позже возникают боли и нарушения чувствительности. Болевые ощущения и другие проявления дискомфорта преимущественно локализуются в области икр, голеней и стоп. В тяжелых случаях полиневропатии арефлексия развивается в течение нескольких дней, и клиническая картина имеет сходство с *невропатией Гийена—Барре* (острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулопатией).

Поражение периферических нервных стволов может проявляться не только нарушениями чувствительности и моторики, но и вегетативными расстройствами.

К вегетативным симптомам полиневропатии относятся бледность кожи конечностей, зябкость, исчезновение волос. В ряде случаев отмечаются участки гиперпигментации и изъязвлений.

. В тяжелых случаях алкогольная полиневропатия осложняется развитием выраженных двигательных расстройств. Иногда при алкогольной полиневропатии отмечается поражение суставов *(невропатическая артропатия).* При этом необходимо уточнить, что артрологические проявления алкогольной болезни могут развиваться и в связи с другими (например, метаболическими) причинами.

Полиневропатия нередко сопровождается симптомами мозжечковой атаксии нарушениями координации и походки, частыми падениями. Жалобы, позволяющие заподозрить наличие полиневропатии, высказывают не более 15% больных алкоголизмом, тогда как распространенность ее очевидных случаев отмечается не менее чем в 30% случаев систематического злоупотребления алкоголем (Thornhill et al., 1973).

Периферическая полиневропатия сопровождается развитием миопатии, что при клиническом осмотре выражается уменьшением массы конечностей, их бледностью и холодностью.

Тщательное неврологическое обследование пациентов с субклиническими проявлениями алкогольной полиневропатии позволяет обнаружить такие ее признаки, как

умеренные расстройства чувствительности, нарушение проводимости нервных стволов и электромиографические изменения (Brust, 2004).

Ранние стадии алкогольной полиневропатии нередко подвергаются спонтанной редукции в условиях воздержания от алкоголя и при сбалансированном питании с достаточным количеством тиамина и других витаминов.

11.7.10. Атипичные формы алкогольного поражения мозга

Как указывалось выше, к атипичным формам АБМ мы относим металкогольные психозы, которые имеют следующие основные особенности:

- наличие особой (шизофренической или паранойяльной) психической конституции;
- преобладание эндоформной симптоматики в структуре психотических синдромов;
- незначительный характер или отсутствие очаговых неврологических нарушений, отсутствие тенденции к развитию тяжелых когнитивных расстройств органического типа;
- небольшая соматическая отягощенность психозов и высокая степень выживаемости больных.

В связи с относительной редкостью, практическим отсутствием неотложных соматоневрологических состояний с неблагоприятными исходами медико-социальная проблема атипичных металкогольных психозов имеет существенно меньшее значение, чем типичные варианты АБМ. Доброкачественный характер атипичных металкогольных психозов и преобладание эндоформной психопатологической симптоматики в их структуре позволяет относить данную клиническую категорию скорее к компетенции психиатров, нежели специалистов в области аддиктивной патологии и ургентной медицины.

Как типичные варианты металкогольного поражения нервной системы, атипичные варианты АБМ разделяются на острые и хронические формы.

Острый алкогольный галлюциноз. Подобно алкогольному делирию и другим типичным острым металкогольным психозам, острый алкогольный галлюциноз обычно развивается в связи с синдромом отмены алкоголя. Реже заболевание манифестирует в ходе продолжительного массивного злоупотребления алкоголем.

Принципиальное отличие всех форм алкогольных галлюцинозов от алкогольного делирия и острой алкогольной энцефалопатии заключается в сохранности ориентировки во времени и окружающей обстановке.

Как и симптомы белой горячки, начальные проявления алкогольною галлюциноза обычно возникают вечером или ночью, в том числе при засыпании. Вначале расстройства восприятия носят элементарный характер и представлены акоазмами и фонемами, а в развернутой стадии психоза они сменяются основным психическим расстройством, характерным для острого алкогольного галлюциноза — *истинными вербальными галлюцинациями.*

Если в структуре психоза возникают эпизоды помрачения сознания, возможно кратковременное появление зрительных и тактильных галлюцинаций. Вербальные галлюцинации *представляют собой отдельные или множественные «голоса», обычно принадлежащие знакомым людям. «Голоса»* бывают женскими и мужскими, они обращаются к больному или говорят о нем в третьем лице. «Голоса» ругают больного, осуждают его за пьянство или угрожают ему карой за совершенные им поступки. Реже «голоса» бывают доброжелательными, жалеют больного и утешают его.

ляться бредом (содержание которого *обычно* определяется характером галлюцинаций), различными формами помрачения сознания, аффективными нарушениями. Наличие и характер сопутствующей и вторичной психопатологической симптоматики обусловливают полиморфизм психотических картин.

Н. Г. Шумский (1999) выделяет следующие особые варианты острого алкогольного галлюциноза: 1) острый гипнагогический вербальный галлюциноз; 2) острый абортивный галлюциноз; 3) острый галлюциноз с выраженным бредом; 4) острый галлюциноз, сочетающийся с делирием; 5) острый галлюциноз с онейроидным помрачением сознания; 6) острый галлюциноз с психическими автоматизмами; 7) острый галлюциноз, сопровождающийся депрессией; 8) протрагированный галлюциноз. Из приведенного перечня видно, что 1 -й, 2-й и 7-й типы отражают особенности динамики психоза, а остальные варианты — особенности его психопатологической структуры.

Несмотря на нередкий полиморфизм психопатологической симптоматики острого алкогольного галлюциноза и возможность присоединения к галлюцинациям бредовых, аффективных, делириозных и онейроидных расстройств, сквозным симптомом в структуре психоза являются вербальные галлюцинации (Бачериков, Бачериков, 1989).

Психоз нередко протекает волнообразно. Галлюцинации усиливаются в вечернее время, сопровождаясь беспокойством, страхом, иногда — помрачением сознания. Утром и днем отмечается ослабление и даже исчезновение психопатологической симптоматики, при этом к собственным галлюцинациям и другим психическим расстройствам у больных часто появляется критическое отношение.

Психоз обычно продолжается от одного или нескольких дней до месяца. Протрагированный вариант галлюциноза затягивается до полугода. Выздоровление обычно бывает постепенным. Исход болезни в подавляющем большинстве случаев благоприятен.

Хронический алкогольный галлюциноз относится к числу редких форм алкогольных психозов. Его частота в структуре алкогольных галлюцинозов составляет 5-9% (Стрел ьчук, 1970; Гофман, 1968; Benedetti, 1952; цит. по Шумскому, 1999).

Основным критерием выделения данной категории галлюцинозов служит продолжительность психоза не менее полугода.

Н. Г. Шумский (1999) описывает три основных варианта хронического алкогольного галлюциноза: 1) хронический вербальный галлюциноз без бреда; 2) хронический вербальный галлюциноз с бредом; 3) хронический вербальный галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренией.

Алкогольный параноид, подобно алкогольному делирию и острому алкогольному галлюцинозу, обычно развивается при многолетнем злоупотреблении спиртными напитками и обнаруживает связь с синдромом отмены алкоголя.

Психоз возникает остро и в первую очередь проявляется персекуторными расстройствами. Больные убеждены в существовании угрозы их жизни и постоянно находят подтверждения этому в поведении окружающих, любые действия и поступки которых истолковываются особым образом. Аффективное состояние пациентов характеризуется тревогой, страхом, крайней напряженностью, связанными с ожиданием опасности. Бредовый аффект создает почву для возникновения зрительных и вербальных иллюзий, при которых обычные предметы могут казаться орудиями убийства, а нейтральные высказывания окружающих наполняются угрожающим для больного смыслом.

Стремясь сохранить свою жизнь, больные могут совершать импульсивные поступки: внезапно пытаться спасаться бегством или нападать на окружающих с оборонительными целями. Иногда по бредовым мотивам они подолгу скрываются в безлюдных местах.

При отсутствии лечения.алкогольный параноид может продолжаться до месяца. Адекватная терапия часто позволяет сократить этот период (с появлением у больного критического отношения к собственным бредовым идеям) до 2-5 дней.

Алкогольный бред ревности относится к хроническим психозам. Конституциональное предрасположение к бредовым расстройствам в виде паранойяльных особенностей личности при этом заболевании обычно выражено сильнее, чем при других формах атипичных алкогольных психозов. Заболевание почти исключительно развивается у мужчин зрелого или пожилого возраста.

В отличие от галлюцинозов и алкогольного параноида, бред ревности начинается постепенно. Он не обнаруживает связи с синдромом отмены алкоголя. Напротив, первые подозрения в супружеской неверности обычно возникают в состоянии алкогольного опьянения.

Больные разрабатывают изощренные способы поиска доказательств неверное!и своих жен, подвергают их долгим и мучительным расспросам, требуют признания и в ответ на него обещают великодушное прощение (Шумский, 1999).

Ревнивые подозрения постепенно укореняются в сознании, приобретая характер не поддающегося коррекции убеждения. По мере усложнения психоза все поведение больных приобретает бредовый характер. Иногда отмечаются насильственные действия в отношении «неверных» жен: жестокие избиения и даже убийства.

Подобно другим хроническим паранойяльным психозам, алкогольный бред ревности может протекать годами, постепенно усложняясь. Продолжение злоупотребления алкоголем способствует усугублению психотической симптоматики. Утяжелению болезни способствуют и усиливающиеся в ходе продолжающегося пьянства психоорганические нарушения, возрастающая готовность к вспышкам злобы и дисфорическим реакциям.

Прекращение употребления алкоголя обычно лишь в некоторой степени способствует ослаблению бредовой симптоматики. Эффективность нейролептической терапии бреда ревности ниже, чем эффективность лечения других форм атипичных металкогольных психозов.

11.8. Алкогольное поражение внутренних органов

Как уже говорилось во втором разделе настоящей главы, понятие алкогольной болезни, нетождественное понятию алкоголизма, подразумевает совокупность соматических, висцеральных и неврологических нарушений, обусловленных злоупотреблением алкоголем. В зависимости от позиции отдельных исследователей, границы понятия алкогольной болезни колеблются в широких пределах. R. O'Brien и его соавторы (1999) считают правомерной констатацию алкогольной болезни при наличии таких тяжелых последствий злоупотребления алкоголем, как цирроз печени, делирий или корсаковский психоз. Н. А. Мухин с соавт. (2001) определяют алкогольную болезнь как совокупность нескольких висцеральных поражений, обусловленных злоупотреблением алкоголем и в зависимости от массивности поражений выделяют «большую» и «малую» формы АБ. По нашему мнению, любые серьезные последствия злоупотребления алкоголем, выражающиеся в развитии отдельного заболевания или стойкого патологического состояния, могут служить основанием для констатации алкогольной болезни.

Подобная трактовка понятия алкогольной болезни может показаться расширительной, однако она позволяет систематизировать и подвергать унифицированной клинической оценке любые патологические феномены, обусловленные злоупотреблением алкоголем.

Наиболее восприимчивы к токсическим эффектам алкоголя и метаболическим нарушениям, развивающимся при его систематическом потреблении, следующие органы и системы: 1) центральные и периферические нервные образования (что находит отражение в различных проявлениях АБМ и алкогольной полиневропатии, рассмотренных предыдущем разделе настоящей главы); 2) печень; 3) поджелудочная железа; 4) сердечно-сосудистая система.

11.8.1. Поражение печени

Функциональные и морфологические изменения печени у лиц, злоупотребляющих алкоголем, обычно развиваются раньше других висцеральных расстройств, например алкогольного панкреатита или алкогольной кардиомиопатии.

Злоупотребление алкоголем — одна из основных причин поражения печени в развитых странах. В соответствии с данными международной статистики, приблизительно у каждого десятого пациента клиники внутренних болезней выявляются симптомы поражения печени, обусловленного злоупотреблением алкоголем (Мухин и др., 2001). По распространенности и медико-социальной значимости алкогольное поражение печени (АПП) занимает второе место среди всех гепатоцеллюлярных поражений после острых и хронических вирусных гепатитов (Подымова, 1998). В США вследствие печеночной недостаточности, развивающейся в терминальной стадии АПП, ежегодно умирает около 20 000 больных (Sherlock, Dooley, 1997).

Существует линейная зависимость между количеством потребляемого алкоголя и тяжестью гепатоцеллюлярного поражения. Морфологические изменения в ткани печени могут появляться при ежедневном потреблении спиртных напитков в дозе, эквивалентной 20 г абсолютного алкоголя у женщин и 60 г у мужчин. При систематическом потреблении спиртного в количестве, соответствующем 40 г абсолютного алкоголя в день (по некоторым данным, при потреблении 60-80 г в течение 5-8 лет) поражение печени развивается практически во всех случаях. Показано, что употребление спиртных напитков в дозе, эквивалентной 70 г абсолютного алкоголя в течение нескольких дней, приводит к развитию жирового гепатоза (Tong, Baldwin, 1992). Алкоголь, таким образом, обладает очевидными гепатотоксическими свойствами.

Следует отметить, что встречающиеся в популярной литературе высказывания о благотворном действии умеренных доз отдельных спиртных напитков на здоровье (в частности, популярный тезис о профилактическом влиянии красных виноградных вин при атеросклерозе и ишемической болезни сердца), несмотря на некоторые косвенные подтверждения, относятся к разряду модных массовых представлений и не имеют под собой достаточной научной основы.

Как правило, очевидные клинические симптомы поражения печени у лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, отмечаются в возрасте 30^40 лет, а тяжелые формы болезни диагностируются к 45-50 годам (Альтшулер, Абдуллаев, 2001).

Считается, что АПП представляет собой единое заболевание, характеризующееся последовательной сменой стадий: алкогольная жировая дистрофия —> алкогольный гепатит -» алкогольный фиброз и цирроз печени. Однако у некоторых больных алкоголизмом провести разграничение между стадиями АПП непросто. Кроме того, далеко не во всех случаях развиваются вторая и тем более третья стадии болезни.

Алкогольная жировая дистрофия (жировой гепатоз, жировая гепатодистрофия, стеатоз печени) представляет собой начальную стадию и наиболее распространенную форму АПП. По данным С. Д. Подымовой (1998), гепатостеатоз выявляется у 50% больных алкоголизмом. По другим данным (близким к нашим собственным клиническим

наблюдениям), симптомы жировой дистрофии печени определяются у 90-100% лиц, злоупотребляющих алкоголем (Tong, Baldwin. 1992).

Выделяют три формы жировой дистрофии печени, соответствующие последовательным стадиям патологического процесса: 1) простое ожирение; 2) ожирение в сочетании с некрозом отдельных гепатоцитов и мезенхимально-клеточной реакцией; 3) ожирение гепатоцитов, некроз отдельных гепатоцитов, клеточная реакция и разрастание соединительной ткани с начинающейся перестройкой дольковой структуры печени (Попова, 1998; Серов и др., 1998).

Первую форму (наиболее доброкачественную, неосложненную) можно считать полностью обратимой, вторую — относительно обратимой, третью — практически необратимой, прецирротической. Клинические проявления алкогольного гепатостеато за достаточно скудны и могут исчерпываться гепатомегалией и умеренными диспептическими симптомами. Увеличенная печень имеет плотную консистенцию. Часто болезнь проявляется бессимптомно и диагностируется на основе тщательного клинического осмотра и данных ультразвукового исследования печени. Начальные формы жировой гепатодистрофии могут подвергаться спонтанной редукции с полной нормализацией функции печени при длительном воздержании от употребления алкоголя.

Алкогольный гепатит представляет воспалительное поражение паренхимы печени, обусловленное массивным токсическим действием алкоголя. Частота алкогольною гепатита в популяции больных алкоголизмом составляет 10-30% (Tong, Baldwin. 1992). Алкогольный гепатит обычно выявляется у лиц среднего возраста, длительно злоупотребляющих алкоголем. Болезнь чаще развивается после массивного алкогольного эксцесса или запоя.

Одним из сложных вопросов оказания неотложной помощи больных алкоголизмом является необходимость своевременного распознавания алкогольного гепатита. Пациенты нередко поступают в наркологическую (или психиатрическую) клинику с острыми расстройствами, требующими проведения массивной психофармакотерапии. Многие психотропные препараты обладают гепатотоксическими свойствами, и практически каждый из них подвергается биотрансформации в гепатоцитах, создавая метаболическую нагрузку на печень. При этом острый гепатит, представляющий безусловные противопоказания к активной фармакотерапии, нередко остается вовремя нераспознанным, в том числе и потому, что его проявления маскируются абстинентной симптоматикой, а лабораторно-инструментальная диагностика острого гепатоцеллюлярного поражения нередко имеет запоздалый характер. Очевидно, что применение психотропных препаратов в отношении пациента с нераспознанным алкогольным гепатитом может привести к утяжелению течения и хронификации последнего.

Выделяют четыре формы алкогольного гепатита: желтушную (наиболее частую), холестатическую, латентную и фульминантную. Фульминантный гепатит, как следует из названия, характеризуется быстрым злокачественным течением и высокой летальностью.

Острый алкогольный гепатит (ОАГ) проявляется тошнотой, рвотой, желтухой, повышением температуры тела. Печень при пальпации увеличена (нередко в значительной степени), имеет мягкую консистенцию. К гепатомегалии может присоединяться спленомегалия. В крови выявляется лейкоцитоз (в ряде случаев — гиперлейкоцитоз с лейкемоидной реакцией), повышается — иногда весьма значительно — сывороточная активность таких ферментов, как аспартаттрансаминаза (АСТ), аланинтрансаминаза (АЛТ). гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ) и щелочная фосфатаза (ЩФ). Специфическим биохимическим признаком алкогольной этиологии гепатоцеллюлярного поражения является соотношение АСТ/АЛТ как 2:1.

К внепеченочным проявлениям алкогольного гепатита (как и других форм АГ1П) относятся покраснение ладоней («печеночная ладонь», palma hepatica), множественные телеангиэктазии, воспаление железистых тканей. Нередким спутником острого алкогольного гепатита бывает алкогольный панкреатит, способствующий утяжелению общего состояния больного и повышающий угрозу его жизни.

Тяжело протекающий ОАГ может осложниться портальной гипертензией, асцитом, печеночной энцефалопатией. Острое гепатоцеллюлярное поражение повышает риск развития алкогольного делирия. Течение неосложненного алкогольного гепатита, в особенности его латентных форм, является регредиентным. Продолжение злоупотребления алкоголем после атаки ОАГ закономерно приводит к развитию алкогольного фиброза и цирроза печени. Холестатический вариант острого гематита с массивной гипербилирубинемией сопровождается смертностью в 10-17% случаев.

Прогностически неблагоприятно развитие ОАГ на фоне цирроза печени. Наименее благоприятным является прогноз при фульминантной форме ОАГ, отличающегося высокой летальностью. У половины больных, выживших после фульминантного алкогольного гепатита, развивается цирроз печени.

Алкогольный фиброз печени представляет собой вариант АПП, морфологической особенностью которого является разрастание соединительной ткани в перивенулярных и перицеллюлярных зонах.

Специфических клинических симптомов печеночного фиброза не существует. Печень имеет нормальные или уменьшенные размеры, плотную консистенцию и безболезненна при пальпации. Косвенным указанием на алкогольный фиброз служит портальная гипертензия, обусловленная разрастанием соединительной ткани вокруг портальных трактов. Почти во всех случаях алкогольного фиброза отмечается та или иная степень снижения функции печени.

Алкогольный фиброз печени не проявляется сколько-нибудь характерными изменениями в крови. Практически единственный информативный метод диагностики фиброза — пункционная биопсия.

Отдельную от рассмотренных выше клинико-морфологических вариантов АПП клиническую категорию представляет *алкогольный цирроз печени* — хроническое диффузное гепатоцеллюлярное заболевание, развивающееся вследствие многолетнего злоупотребления алкоголем, проявляющееся функциональной недостаточностью и необратимыми структурными изменениями органа. Характерный морфологический признак цирроза печени — извращенная регенерация паренхимы органа с образованием ложных долек (Серов, Пальцев, 1998).

Термин «цирроз» [лат. *cirrhosis;* от греч. Kippoq (kirrhos) — желтый или янтарный цвет] предложен R. Laennec(1819), описавшим увеличенную, плотную, бугристую печень с рыжим цветом на разрезе у больного алкоголизмом. По частоте алкогольный цирроз печени (АЦП) занимает второе место (после цирроза вирусного происхождения) и мире и первое — eCUJA(Kradjan, 1992).

АЦП представляет собой финальную стадию гепатоцеллюлярного поражения у больных алкоголизмом и исход далеко зашедшего алкогольного фиброза. Некоторые исследователи полагают, что изолированный алкогольный фактор недостаточен для развития цирроза и последний формируется лишь при присоединении вирусной инфекции (Sherlock, Dooley, 1997).

АЦП наиболее часто развивается в возрасте 40-60 лет и значительно чаще у мужчин, чем у женщин; его частота среди больных алкоголизмом составляет 10~ 15%. Предпола-

гается, что развитие АЦП обусловлено предрасположением к нему у некоторых больных (Мухин и др., 2001; Sherlock Dooley, 1997).

Основные симптомы цирроза печени — выраженная гепатомегалия или, тем более, гепатоспленомегалия, очень плотная (иногда каменистая) консистенция органа, желтуха и множественные внепеченочные знаки (пальмарная эритема, телеангиэктазии, контрактура Дюпюитрена, гипогонадизм и др.).

Портальная гипертензия, развивающаяся при циррозе печени, проявляется склонностью к кровотечениям (в том числе скрытым), отеками и другими признаками сердечной недостаточности. В связи с развитием печеночно-клеточной недостаточности и снижением метаболической функции печени у больных с циррозом печени часто отмечается повышенная чувствительность к лекарственным препаратам.

По клиническим проявлениям АЦП может быть неотличим цирроза печени иной этиологии, однако полиорганный характер висцеральных нарушений при алкогольной болезни в сочетании с неврологическими расстройствами и алиментарными нарушениями определяет некоторые особенности картины болезни. Диагностическими критериями АЦП у больных алкоголизмом являются увеличенная и бугристая печень, в ряде случаев имеющая каменистую плотность, признаки печеночно-клеточной недостаточности, периферические отеки, варикозно расширенные вены пищевода и прямой кишки. Безусловным подтверждением диагноза служат морфологические признаки цирроза, полученные с помощью пункционной биопсии.

Далеко зашедшие стадии цирроза печени осложняются гепаторенальным синдромом и острой печеночной энцефалопатией. Необходимо принимать во внимание, что в наркологической клинике печеночная энцефалопатия может быть спровоцирована назначением ГАМКергических средств — производных бенэодиазепина и барбитуратов, а также внутривенным введением белковых препаратов и аминокислот.

Цирроз печени требует особо щадящего режима лечения больных алкоголизмом. Основаниями для предположения у пациента цирроза печени могут служить такие признаки, как длительное злоупотребление алкоголем (особенно в сочетании с вирусным гепатитом), значительное увеличение печени (особенно в сочетании с увеличением селезенки), непропорционально увеличенный живот, свидетельствующий о выпоте в брюшную полость.

Поражение печени у больных алкоголизмом отличается выраженным разнообразием темпов развития, клинической картины, лабораторных и морфологических данных. Деление АПП на стадии алкогольной жировой дистрофии, алкогольного гепатита, алкогольного фиброза и цирроза печени носит несколько условный характер. Жировая дистрофия, явления гепатита и фиброза печени нередко одновременно выявляются у одного и того же пациента, и правильнее было бы говорить не о стадиях, а о клинико-морфологических вариантах болезни, наличие которых, безусловно, отражает определенную стадийность ее течения. Разграничение этих вариантов в первую очередь основывается на данных пункционной биопсии.

Одним из наиболее важных факторов, определяющих течение и прогноз АПП, является конституционально обусловленные либо приобретенные особенности индивидуальных реакций гепатоцитов на алкоголь.

11.8.2. Поражение поджелудочной железы

Поражение поджелудочной железы занимает второе по частоте и значимости место среди висцеральных последствий злоупотребления алкоголем после алкогольного поражения печени.

Удельная доля алкогольного панкреатита среди всех случаев острого панкреатита, диагностируемого у пациентов хирургической клиники, составляет приблизительно 40° о (Чилингариди, 2006). Алкогольный панкреатит занимает второе место среди всех случаев острого панкреатита и первое место — среди случаев хронического панкреатита в западных странах (Ballinger, Patchett, 2003).

Патогенез алкогольного панкреатита включает три основных механизма: прямое токсическое влияние этанола на клетки паренхимы поджелудочной железы, усиление ее секреции, обструкция панкреатических протоков (Hobbs, 1996).

Распознавание острого алкогольного панкреатита у пациентов наркологической клиники основывается на выявлении эпигастральных или опоясывающих болей, диспепсии (тошноты, рвоты, диареи) и данных лабораторно-инструментальных исследований (повышение сывороточного уровня амилазы, появления диастазы в моче, признаки воспаления поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании).

При ультразвуковом исследовании выявляются такие признаки острого и хронического панкреатита, как повышение эхогенности поджелудочной железы, неоднородный характер ее паренхимы, неровный контур органа. По нашим наблюдениям, подобные симптомы наблюдаются не менее чем у 70% госпитализированных больных алкоголизмом.

Острый алкогольный панкреатит значительно повышает риск развития алкогольного делирия у предрасположенных лиц (Сиволап и др., 2004).

Поражение поджелудочной железы служит одной из главных причин снижения толерантности к углеводам у больных алкоголизмом и развития алкогольного сахарного диабета.

11.8.3. Поражение сердца и сосудов

Сердечно-сосудистые расстройства занимают третье место в структуре висцеральных поражений у больных алкоголизмом. Наиболее частые, ранние и наименее специфичные сердечно-сосудистые нарушения при злоупотреблении алкоголем — *артериальная гипертензия и тахикардия,* развивающиеся в структуре синдрома отмены алкоголя. Частота этих симптомов у пациентов с алкогольным абстинентным синдромом приближается к 100%.

Причинная связь между систематическим потреблением алкоголя и формированием *гипертонической болезни* (эссенциальной гипертензии) в настоящее время считается доказанной (O'Brien et al., 1999). Определенную роль в генезе острых гемодинамических сдвигов, сопровождающих синдром отмены алкоголя, играют электролитные нарушения, а именно снижение содержания ионов калия и магния в плазме крови. Поэтому, а также по другим причинам обязательным компонентом лечения острых состояний у больных алкоголизмом является коррекция электролитного состояния.

На более поздних стадиях алкоголизма возникают аритмии и алкогольная кардиомиопатия. *Нарушения сердечного ритма* могут возникать как в состоянии алкогольного опьянения, так и в структуре синдрома отмены алкоголя.

Часто как форма ассоциированных с употреблением алкоголя нарушений ритма в сочетании с артериальной гипертензией возникает состояние, обозначаемое в англоязычной литературе как *«синдром праздничного сердца»* («holiday heart syndrome»). По нашему мнению, в России подобные состояния, вызванные массивными кратковременными алкогольными эксцессами, служат нередкой причиной внезапной смерти относительно здоровых мужчин среднего возраста.

Алкогольная кардиомиопатия развивается при продолжительном (не менее] 0 лет) массивном злоупотреблении алкоголем и чаще всего выявляется у мужчин 25—SO лет. Кардиомиопатия нередко формируется в ассоциации с ИБС. Систематическое злоупотребление алкоголем рассматривается в качестве одного из главных этиологических факторов кардиомиопатии в западных странах (Rubin, 1979).

Механизмы, лежащие в основе алкогольного поражения миокарда, не изучены. Известно, что характер питания и алиментарные нарушения не играют существенной роли в генезе кардиомиопатии (в отличие от некоторых других металкогольных расстройств). Предполагается, что один из патогенетических факторов — повреждение митохондрий кардиомиоцитов вследствие токсического действия уксусного альдегида (промежуточного метаболита этанола) (Cederbaum, Rubin, 1999).

Главное проявление болезни — поражение сердечной мышцы, которая становится большой и дряблой (дилятационная кардиомиопатия). Следствием дистрофических изменений миокарда становится развитие сердечной недостаточности.

По данным секционных исследований, у 90% умерших лиц, злоупотреблявших алкоголем, обнаруживаются такие признаки поражения сердца, как кардиомегалия с фиброзом миокарда и участками некроза. Гистологическое проявление кардиомиопатии гипертрофия кардиомиоцитов, сопровождающаяся набуханием митохондрий и внутриклеточным накоплением липидов и гликогена (Waldenstrom, 1998; Preedy et al., 1999).

К ранним симптомам алкогольной кардиомиопатии относятся затрудненное дыхание, сердцебиение, слабость, утомляемость, отеки стоп и лодыжек. По мере прогрессирования болезни и нарастания сердечной недостаточности отеки увеличиваются и в тяжелых случаях приобретают генерализованный характер. Алкогольная кардиомиопатия нередко осложняется нарушениями сердечного ритма и проводимости.

В начальных стадиях алкогольной кардиомиопатии возможно обратное развитие симптоматики с восстановлением сердечной функции при длительном воздержании от алкоголя. Далеко зашедшая дистрофия миокарда, осложненная сердечной недостаточностью, необратима даже в ремиссии алкоголизма. Смертность среди пациентов, страдающих алкогольной кардиомиопатией и не прекративших потребление алкоголя, достигает 80% (Preedy, Richardson, 1994).

Летальные исходы алкогольного поражения сердца и сердечной недостаточности составляют 15% смертности больных алкоголизмом (Peacock, 1990). Считается (нам эта точка зрения представляется небесспорной), что умеренное потребление спиртных напитков снижает заболеваемость ИБС и риск развития инфаркта миокарда и способствует повышению выживаемости больных, переживших острый инфаркт миокарда (Gronbaek et al., 2000; Brenner et al., 2001; Mukamal et al., 2003). В то же время злоупотребление алкоголем повышает риск развития сердечно-сосудистых катастроф, причем наиболее часто острый инфаркт миокарда и инсульт развиваются на следующий день после алкогольного эксцесса, на фоне похмельных расстройств и синдрома отмены алкоголя.

Известно, что, несмотря на интенсивное влияние таких факторов, как высокий уровень холестерина, гипергликемия, артериальная гипертензия и потребление животных жиров, во Франции смертность от сердечно-сосудистых заболеваний — самая низкая среди западных стран (в частности, она на 36% ниже, чем в США) (Brust, 2004). Отмеченное явление, получившее название «французский парадокс», принято объяснять высоким потреблением алкоголя в популяции (во Франции средняя величина этого показателя на душу населения составляет 48 г в день) (Renaud, Gueguen, 1998). В связи с этим не лишенным определенных оснований утверждением необходимо сделать следующие замечания. Во-первых, именно высокой величиной потребления алкоголя объясняются

крайне неблагоприятные показатели распространенности АПП, и в том числе цирроза печени во Франции. Во-вторых, доминирующая роль именно потребления алкоголя, а не других факторов в низкой смертности от болезней сердца нуждается в доказательствах.

11.8.4. Другие последствия злоупотребления алкоголем

Помимо поражения нервной системы, печени, поджелудочной железы и сердечно-сосудистой системы, систематическое употребление алкоголя способствует развитию болезней желудочно-кишечного тракта. Самое раннее и наиболее распространенное гастроэнтерологическое заболевание у лиц, злоупотребляющих алкоголем, - алкогольный гастрит.

Поражение слизистой желудка и тонкого кишечника и нарушение всасывания пиши *(синдром мальабсорбщш)* рассматривается в качестве одной из главных причин алиментарного дефицита тиамина и других важных компонентов пищи, лежащего в основе алкогольной болезни мозга.

Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к нарушениям почечной функции, эндокринным расстройствам, сексуальным дисфункциям и другим патологическим состояниям.

Злоупотребление алкоголем нередко способствует обострению кожных заболеваний. В частности, отмечена отчетливая связь между алкогольными эксцессами и обострением псориаза (Львов, 2005).

11.9. Тендерные различия при алкоголизме и алкогольной болезни. Проблема женского алкоголизма

Опыт многолетнего опыта наблюдения и лечения больных алкоголизмом обоих полов позволяет утверждать, что представление о злокачественном течении и «неизлечимости» женского алкоголизма относится к области клинических мифов. Ранее сходные мнения по этому вопросу высказывались В. Б. Альтшулером (1999) и другими авторитетными исследователями алкоголизма.

Несмотря на неправомерность бытующих представлений о половых различиях в прогредиентности и курабельности алкоголизма, отличия между мужчинами и женщинами в паттернах употребления алкоголя, а также мотивах, лежащих в основе этого употребления, все же существуют.

Вероятно, половые особенности алкоголизма в определенной степени объясняются особенностями психологических механизмов расстройств влечений у женщин и мужчин. В этом смысле большой интерес представляют результаты исследования (Goldbloom et ah, 1992), показавшего, что у 30% женщин с алкогольными проблемами в ходе психодиагностического тестирования выявляются признаки нарушений пищевого поведения, а у 27% женщин, обратившихся за помощью в связи с расстройствами пищевого влечения, тем же путем выявляются симптомы алкогольной зависимости.

Считается, что существенная особенность алкоголизма у женщин — более высокая, чем у мужчин, степень психологического неблагополучия. Женщины чаще, чем мужчины, объясняют пристрастие к алкоголю неудовлетворенностью своей жизнью, в том числе проблемами взаимоотношения с лицами противоположного пола. Необходимо заметить, что подобные наблюдения относятся к категории клинических впечатлений практических специалистов и нуждаются в статистической проверке.

С. В. Савельева (2006) высказывает предположение, что впечатление о психологическом своеобразии женского алкоголизма может объясняться особенностями реакций женщин на стресс. По ее мнению, женщинам в большей мере свойственны аффектированные реакции на незначительные, с точки зрения мужчин, происшествия и житейские неурядицы, и связанная с этим тенденция к формированию психогенных психопатологических образований.

Выделяют (Zuckerman, 1995) выделяет такие аспекты проблемы женского алкоголизма, как более выраженные физиологические эффекты этанола, более высокая, чем у мужчин, частота злоупотребления, связанного с эмоциональными переживаниями, и затрудненный характер получения врачебной помощи.

Отмечена связь между тяжестью алкогольной зависимости у женщин и перенесенным в детском или подростковом возрасте сексуальным или физическим насилием (Hurley, 1991;Swettetal., 1991).

Можно высказать предположение, что половые различия в клинических проявлениях алкоголизма определяются не столько закономерностями развития и течения болезни, сколько отличиями мужской и женской психологии. Кроме того, определенную роль могут играть половые различия гормональных профилей и недостаточное обезвреживание этанола у женщин на этапе пресистемного метаболизма, что сказывается не столько на течении алкоголизма, сколько на опережающем развитии (характерном не для всех случаев) проявлений алкогольной болезни.

Можно предположить, что в распространенности женского алкоголизма определенную роль играют культурально обусловленные представления о роли женщины в семье и обществе и ограничивающее влияние среды. В традиционалистских странах низкие (по сравнению с европейскими странами) общие эпидемиологические показатели злоупотребления алкоголем сопровождаются исчезающе малой распространенностью женского алкоголизма.

А. Ю. Егоров (2005), характеризуя возрастные особенности алкоголизма, большое значение придает фактору одиночества у пожилых пациентов. Несомненная заслуга автора — выделение такого типологического варианта болезни, как «вдовий алкоголизм».

Возрастные и половые особенности клинических проявлений и течения алкоголизма подробно рассмотрены А. Ю. Егоровым в специальной главе настоящего руководства.

Чрезвычайно интересен и далек от разрешения вопрос о тендерных соотношениях при алкогольном поражении нервной системы. Известно, что эти соотношения значительно различаются при разных формах металкогольных расстройств: например, алкогольная полиневропатия наблюдается с примерно одинаковой частотой у мужчин и женщин с некоторым перевесом в сторону последних, тогда как алкогольная дегенерация мозжечка у мужчин встречается в 3,6 раза чаще, чем у женщин (Дамулин. 2005).

Труден для понимания феномен реверсии тендерных соотношений при корсаковском психозе, происшедшей в течение последнего столетия. Примечательно, что среди шести пациентов, клинические наблюдения которых рассмотрены С. С. Корсаковым (1889) в статье о токсемической психической церебропатии, было пять женщин и один мужчина. А. Я. Кожевников (1891) описывает случаи развития алкогольного паралича у пяти больных, в числе которых было две женщины. Е. Bleuler (1920), не приводя точных количественных данных, сообщает о значительном преобладании женщин среди больных с корсаковской болезнью.

Е. Bleuler (1920) объясняет более высокую частоту корсаковского психоза у женщин в эпоху его клинической деятельности пристрастием слабого пола к ликерам, добавляя.

что «ликеры, как известно, причиняют неврит». Роль особых этиологических факторов в данном вопросе, как и вообще в вопросах металкогольных психозов, представляется нам сомнительной. Единственным типом металкогольных психических расстройств, где можно предполагать действие особой (эндемичной) причины мозгового поражения, является. по нашему мнению, болезнь Маркиафавы—Биньями. Однако наиболее примечательно в приведенном E. Bleuler пассаже недвусмысленное указание на явное преобладание женщин среди больных с корсаковским психозам, что соответствует данным других современных ему исследователей.

Современные авторы, напротив, указывают на более высокую частоту развития корсаковского психоза у мужчин (Шумский, 1999; Иванец, Винникова, 2002). Уже R. Wyss (1967) сообщаете крайне редком развитии металкогольных психозову женщин. Авторы этой главы, наблюдавшие достаточно большое количество случаев корсаковского психоза, располагают лишь единичными наблюдениями женщин, страдающих хроническими формами корсаковской болезни.

Известно, что алкогольная энцефалопатия развивается у женщин опережающими темпами по сравнению с мужчинами. Последнее принято объяснять, наряду с друз ими причинами, отсутствием или недостаточным количеством в женском организме алкогольдегидрогеназы желудочной локализации. Благодаря этому концентрация этанола в крови и, следовательно, его нейротоксическое и висцеротоксическое влияние у женщин выше, чем у мужчин, при равных принятых внутрь количествах спиртных напитков (Hobbs et al., 1996). В то же время, несмотря на относительно раннее развитие энцефалопатии у женщин, тяжелые металкогольные когнитивные нарушения у мужчин развиваются достоверно чаще. Вопрос о причинах отмеченного резкого изменения тендерных соотношений при алкогольных энцефалопатиях, происшедшего со времен С. С. Корсакова, очевидно, относится к кругу далеких от разрешения вопросов мезалкогольной церебральной патологии.

11.10. Супружеский алкоголизм

На протяжении последних четырех десятилетий в зарубежных научных публикациях обсуждается тема алкоголизма в семье. Интерес к проблеме алкоголизма и супружества неслучаен: он обусловлен пониманием роли супружеского партнера в формировании и прогнозе алкоголизма у обследованных пробандов, расширением возможностей семейной психотерапии. Авторы рассматривают три варианта «алкогольной супружеской пары»: алкоголизмом страдает муж; алкоголем злоупотребляет жена; оба супруга больны алкоголизмом.

Обсуждение первого варианта семей (алкоголизмом страдает супруг) велось в направлении выделения личности супруги больного, определения специфических черт характера «жены алкоголика». В рамках известной теории «нарушенной личности» высказывалось предположение, что женщины с определенным типом личности склонны избирать в мужья потенциальных «алкоголиков» для удовлетворения подсознательного чувства самоутверждения, поэтому они потворствуют употреблению алкоголя мужьями. Согласно этой теории, у «жены алкоголика» имеются психологические проблемы и, когда муж пытается бросить пить, жена саботирует это решение.

Теория, относящаяся к разряду системных, рассматривает семью как систему с взаимодействующими в ней элементами. Утверждается, что пьянство одного из членов семьи устойчиво только из-за гомеостатического равновесия семейной системы, подкрепляющего это пьянство. Доминирующее поведение жен больных рассматривалось

некоторыми авторами как проявление механизма борьбы (coping) за сохранение стабильности. С этих позиций игнорирование женой попыток изменения алкогольной ситуации в семье расценивается не как акт женского самоутверждения, а как проявление понимания ею независимости и неподчинения мужа, стремление вернуть стабильность.

Это подтверждается рядом работ, в которых обследовались супружеские пары в период абстиненции и острой интоксикации мужа. Попытка анализа взаимоотношений супругов в эти периоды косвенно доказывала положение о том, что пьянство стабилизирует ситуацию в семье, высвобождая агрессию и перераспределяя доминирование. Описаны отношения между «алкогольными» и «неалкогольными» супружескими парами. Эти исследования показали, что в «алкогольных» парах отношения были более конкурентными, шла постоянная борьба за первенство в семье, способность кооперирования ради общих целей была снижена.

Особую ценность представляют работы, где систематически на протяжении длительного времени изучалось взаимодействие «супругов-алкоголиков» в семьях, дискуссионных группах и в лабораториях семейного взаимодействия. Обнаружено, что в алкогольных семьях адаптация ухудшается в «сухие» периоды, сохраняясь в период злоупотребления алкоголем. Описывая эти колебания уровня адаптации и объясняя их с точки зрения теории «гомеостатического равновесия», авторы подчеркивают, что адаптация в таких семьях — патологическая.

Другое направление в исследовании жен больных касалось попыток выявления у них невротических расстройств как результата действия постоянного стресса в условиях проживания с больными алкоголизмом. Предполагалось, что должна существовать связь между пьянством мужей и уровнем психопатологической симптоматики у их жен: чем больше муж злоупотребляет алкоголем, тем больший стресс должна испытывать жена. Однако многие исследователи не обнаружили такой зависимости. Было доказано, что появлению пограничных расстройств у «жен алкоголиков» препятствует новое адаптивное поведение в виде реакций дистанцированное™, «атакующего поведения», защиты мужа, корпоративного поведения, активизации деятельности вне семьи. Общий итог большинства обзоров и исследований таков: нет единого класса «алкогольных жен» с общими чертами характера, отсутствуют какие-либо психические расстройства у этой категории женщин, однако их адаптивное поведение в условиях проживания с больными мужьями весьма противоречиво.

Обсуждение второго варианта семей (страдает алкоголизмом жена) велось в рамках поисков особенностей супругов таких жен, обнаружения у них психических отклонений. Информация о мужьях женщин, злоупотребляющих алкоголем, извлекалась из докладов, клинических наблюдений, неспецифических источников и имела определенные противоречия. Так, в литературе указывались противоречивые данные: что эти мужья отличались доминирующим поведением, что мужья обладали пассивными чертами характера. В некоторых работах мужей, злоупотребляющих алкоголем, женщин оценивали как эмоционально недоступных, замкнутых. Напротив, исследования в условиях госпиталя с помощью трех шкал — «отчуждения», «дискомфорта» и «беззащитности» обнаружили высокие значения по шкале беззащитности и низкие — по шкале «аутизма». Изучение спектра нервно-психических расстройств среди супругов больных женщин обнаружило в 50% случаев наличие алкоголизма, в 14%— психических заболеваний, в 10% — соматических расстройств. Высокий уровень психических расстройств среди этого контингента был подтвержден рядом других авторов.

Интересно выяснить обстоятельств начала злоупотребления алкоголем женщинами. Оказалось, что средняя продолжительность злоупотребления алкоголем женщинами

составляла 5,9 года, а продолжительность замужества — 13,8 года, т. е. большинство женщин стали злоупотреблять спиртным в период супружества. Показано, что женщины, страдающие алкоголизмом, испытывают больше затруднений в семейной жизни, чем «мужчины-алкоголики», т. к. мужья менее терпимы к пьянству жен. Подчеркивается, что «жены алкоголиков» часто оказывают положительное влияние при попытке преодоления алкоголизма мужьями, в то время как мужья «женщин-алкоголичек» - плохая им поддержка. Если эти мужчины не являются психически больными, соматически беспомощными или также больными алкоголизмом, то разрыв происходит по их вине в десять раз чаще, чем в семьях, где алкоголизмом страдают мужчины.

Отдельное место занимают работы по изучению ассортативности алкогольных браков. Этот термин имеет двоякий смысл: с одной стороны, имеется в виду накопление алкоголизма у ближайших пробандов, а с другой стороны, — создание брачного союза между мужчиной и женщиной — будущими больными алкоголизмом. По данным различных авторов, супружеские пары, страдающие алкоголизмом, составляют от 25 до 40% алкогольных семей. Некоторые исследователи утверждают, что ассортативность браков среди «мужчин-алкоголиков» в пять раз ниже, чем среди женщин, другие исследователи эти данные не подтверждают. Расхождение во взглядах вызвано, прежде всего, методологическими различиями. Практически во всех исследованиях их объектом являлись женщины, страдающие алкоголизмом; авторы четко выявили наличие алкоголизма у пробанда, однако критерии оценки заболевания у Супругов были неоднородными.

Так, одни авторы определяли алкоголизм у супругов, если они употребляли алкоголь более двух раз в неделю, другие — если пьянство приносило психологический дискомфорт в течение не менее пяти лет, третьи — при развитии нарушений здоровья, семейных отношений, появлении фактов попрания законов. Иные исследователи довольно точно определяли алкоголизм у супругов обследованных женщин, но постановка диагноза у самих женщин вызывала сомнения, т. к. последние употребляли алкоголь в психотравмирующих ситуациях развода с «мужьями-алкоголиками».

Велик процентный разброс и в отношении ассортативности алкогольных браков среди женщин, злоупотребляющих алкоголем. Данные различных авторов резко разнятся. Исследования также показывают, что злоупотребляющие алкоголем супруги росли в «деструктурированных» семьях: в родительских семьях каждого из супругов алкогольной пары обнаружен высокий уровень алкоголизма, депрессий, самоубийств. Выявление истинных показателей частоты алкогольных браков позволит избежать либо искусственного раздувания проблемы и связанных с ней научных спекуляций, либо неоправданного ее игнорирования.

Другая актуальная проблема — связь пьянства и семейной адаптации. Особый интерес вызывают случаи парного супружеского злоупотребления алкоголем. Высказанное предположение о возможности удовлетворительной семейной адаптации при высоком уровне алкоголизации супругов не столь парадоксально, как кажется на первый взгляд. Косвенным подтверждением его правомерности служит работа Zweben по исследованию 87 алкогольных супружеских пар. Автором использовались четыре опросника: с помощью первых двух выявились связи между семейной адаптацией и алкоголизмом (характеристика сексуальной жизни, ведущая роль в семье, финансы, быт, работа, свободное время); с помощью двух других регистрировалось алкогольное поведение супруга (алкогольная бессонница, неучастие в семейных делах, неудовлетворительная личная гигиена, агрессивность и ревность). Оказалось, что адаптация в семьях, где оба супруга страдали алкоголизмом, была более удовлетворительной (вернее, удовлетворяющей обоих супругов), чем во второй категории семей.

Несколько особняком стоят работы, посвященные изучению мнения общества о мужчинах и женщинах, злоупотребляющих алкоголем. В целом общественное мнение больше осуждает «женщин-алкоголиков», чем мужчин. Так. некоторые авторы пишут о «двойном стандарте» по отношению к женщинам и мужчинам, злоупотребляющим алкоголем. Это вызвано массовым негативным восприятием отступления пьющей женщины от принятого стереотипа чисто женского поведения. Отдельные высказывания, что женский алкоголизм не более патологичен, чем мужской, но лишь кажется таковым из-за общественного неприятия, отражают попытки отделить миф от реальности. Стигматизация (дословно «наложение клейма») в наибольшей степени касается одиноких пьющих женщин, в наименьшей — «мужчин-алкоголиков»; к супружеским парам общественное мнение более терпимо, но и здесь отношение к супругам неодинаково. Мужья женщин, злоупотребляющих алкоголем, в общественном мнении стоят выше, чем «жены алкоголиков». «Женщины-пьяницы» особенно негативно оцениваются по шкалам «эгоизм» и «моральность». Такое нелицеприятное общественное мнение сказывается на низкой самооценке женщин, злоупотребляющих алкоголем. Опрос показал, что мужья «женщин-алкоголиков» в общественном мнении не отвечают за пьянство своих жен, а жены мужчин-алкоголиков рассматриваются как «невротички. не вызывающие симпатии» и отвечающие за пьянство мужей.

В завершение краткого обзора следует отметить, что ряд исследований по данной проблематике представлен в кратком изложении вследствие исчерпанности вопроса (например, изучение особенностей личности «жен алкоголиков»). Другие проблемы еще только концептуально оформляются (изучение «супругов-алкоголиков»). В целом возможности и перспективы проведения исследований в этой области весьма значительны.

11.10.1. Клинико-типологические особенности супружеских пар, страдающих алкоголизмом

В последние годы исследование алкоголизма, как некоего унифицированного заболевания, все более дифференцируется, выделяется «женский», «подростковый» алкоголизм, «алкоголизм в пожилом возрасте» и т. д. В соответствии с социобиологической природой заболевания изучение алкоголизма претерпевает определенный сдвиг: индивидуально-личностная проблема постепенно перерастает в парно-групповую, коллективную, и в литературе появляются понятия «семейного алкоголизма», «супружеского алкоголизма», «алкогольной семьи». На наш взгляд, эти тенденции связаны не только с изучением больного как части единой системы «человек—среда», но и с этнокультуральными традициями семейно-коллективных форм употребления алкоголя в ряде регионов. В данном случае речь пойдет о супружеском алкоголизме.

Супружеский алкоголизм — проблема малоизученная и достаточно актуальная. Его рост, вероятно, косвенно связан с ростом женского алкоголизма. Для более четкого отграничения понятия «супружеского алкоголизма» от ряда других необходимо еще раз уточнить дефиниции.

«Семейный алкоголизм» — наличие алкоголизма у родителей и детей, переход «родительских» форм употребления алкоголя к детям, что обусловлено не только наследственно-биологическими факторами, но и средовыми-семейными.

«Алкогольная семья» — наличие алкоголизма у одного из супругов, возникновение у другого супруга «психологической созависимости»; алкогольные проблемы становятся стержневыми и определяют поведение и деятельность-всей семьи.

«Супружеский алкоголизм» — наличие алкоголизма у обоих супругов, возникновение «психобиологической созависимости», трансформация заболевания из индивидуально-личностного в парно-групповое-супружеское.

Нами выделены следующие клинико-типологические разновидности семей: алкогольно-социопатическая, алкогольно-невротическая, алкогольно-олигофреноподобная.

Алкогольно-социопатический тип характеризуется грубым нарушением социально-общественных норм поведения. Формирование брачной пары в большинстве случаев происходило в алкогольной среде (дворовые, уличные компании по месту жительства). Для этих пар была характерна обоюдная ранняя алкоголизация, быстрое формирование измененных форм опьянения, изначальное стремление к групповым формам употребления алкоголя, нарушение поведения в состоянии опьянения с психопатоподобными проявлениями. При небольшом супружеском и алкогольном стаже социопатия у супруга (мужа) проявлялась в виде чисто поведенческих нарушений — возбудимости, агрессивности, нетерпимости к любому контролю, демонстрации своей неподчиняемости, оппозиционности поступков, что вело к асоциальности в быту (публичным цинично-бранным высказываниям, разрушительным действиям, гетероагрессии в виде хулиганства с применением силы, принуждением супруги к половому контакту).

Поведение супруги (жены) также по форме было психопатоподобным. однако с преобладанием истероидного компонента: женщина придавала зрелищность семейным скандалам, стремилась «делать все на миру», т. е. привлечь зрителей к ссорам, бурно выражала свое негодование (кричала, рыдала, созывала соседей). Примечательно, что сексуальная активность супругов не снижалась: половые эксцессы чередовались с алкогольными или даже сопровождались ими. Сексуальные отношения принимали «борцовский» характер с элементами насилия, агрессивно-садистическими тенденциями. Вместе с тем ошибочным было бы полагать, что алкоголизация являлась только способом решения половых проблем супругов, механизмом сексуальной адаптации. Подобный стиль половых отношений, так же как алкоголизация, был закономерным следствием всего психологического (погранично-патологического) облика супругов, среди которых преобладали психопатические личности неустойчивого, возбудимого круга. Отдельные истероидные черты у женщин не были истинными истерическими, где в основе лежат глубокие эгоцентрические установки. В характере женщин преобладали незрелость, внушаемость. Они легко «обучались» мужьями психопатоподобным стереотипам поведения, свободно индуцировались ими, демонстрировали похожие асоциальные черты.

При большом алкогольном стаже патология поведения распространялась на общественно-трудовую сферу: супруги совершали противоправные действия, прерывали общественно-трудовую деятельность, переставали интересоваться вопросами быта, не выполняли воспитательных функций. В тяжелых случаях отмечался богатый криминальный анамнез, тунеядство, лишение родительских прав. Семья утрачивала замкнутые контуры, превращаясь в притон, т. к. супруги-алкоголики теряли свои социальные роли. Совместное употребление алкоголя объяснялось супругами желанием «поднять настроение», «скрасить жизнь», «продлить молодость», они пили «для куража», «от скуки», «для бодрости», а совместная алкоголизация изначально обставлялась в виде «гулянок», «загулов» и т. д. Алкоголь был допинговым средством, преобладала эйфоризирующе-стимулирующая мотивация пьянства.

Алкогольно-невротический тип характеризуется сочетанием алкоголизма и психогений. Эти семьи можно было бы назвать «проблемными», но проблемы возникали не из-за нарушения социальной адаптации, которая даже при длительном злоупотреблении

сохранялась, а из-за межличностных внутрисемейных отношений. Последние либо изначально были стрессовыми, либо становились таковыми в результате злоупотребления алкоголем одним из супругов.

При изначальных нарушениях семейных отношений, когда семейная дисгармония была первичной и характеризовалась наличием постоянных конфликтов, алкоголь служил супругам средством устранения постконфликтного напряжения, облегчая коммуникации и смягчая сексуальные контакты. Внешняя тематика конфликтов была разнообразной и касалась распределения супружеских ролей, способа ведения хозяйства, финансовых вопросов, воспитания детей, продвижения по службе. Однако постоянной была тема неудовлетворительных половых отношений. Обсуждение этого вопроса велось с позиций обвинения в половой несостоятельности, попирания достоинства супруга без выдвижения конструктивных предложений улучшения сексуально-психологического климата семьи. В последующем при употреблении алкоголя наблюдался парадоксальный на первый взгляд феномен: несмотря на возникновение у супругов серьезной проблемы — алкоголизма, отношения в семье временно улучшались. Это объясняется тем. что супруги консолидировались на алкогольной почве: исчезал психологический диссонанс при совместном употреблении алкогольных напитков, появлялась «взаимовыручка» при абстинентных явлениях.

Совместная алкоголизация была вызвана стремлением «расслабиться», «поднять настроение», «отвлечься», «улучшить отношения», «найти общий язык» в случаях, когда семейный невроз был первичным. Алкоголь служил средством для снятия постконфликтного напряжения и улучшения межличностного взаимодействия, т. е. преобладали релаксационно-коммуникативные мотивы его употребления. Сексуальная дисгармония, отмечавшаяся ранее, либо исчезала, либо переставала быть стрессогенной. Однако по мере утяжеления клинической картины алкоголизма, появления запойных форм пьянства, согласованность, достигнутая на начальных этапах, исчезала, заменяясь более грубой дисгармонией.

В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, картинабыла несколько иная. Причиной невротических расстройств становился алкоголизм мужей, но инициаторами невротического стиля отношений были «непьющие» жены, боровшиеся на начальных этапах с пьянством мужей. Причины последующей алкоголизации жен были разными: ощущение безысходности ситуации, своеобразный психологический надлом, реакция протеста («хуже не будет», «назло ему»), стремление наказать мужа собственным пьянством и т. д. Алкоголизм мужей изменял психологический облик их жен, систему ценностей: появлялись патологические формы реагирования, одной из которых становился поздний женский алкоголизм. Таким образом, в этих случаях преобладала сугубо личностная мотивация пьянства. Примечательно, что при серьезном злоупотреблении алкоголем женой у супруга-алкоголика прогредиентность заболевания заметно снижалась.

Алкогольно-олигофреноподобный тип характеризуется «недоразвитостью» у супругов всех сфер: интеллектуальной, мыслительной, эмоциональной, а также восприятия. Минимальный словарный запас, преобладание в лексиконе нецензурных слов-связок, отсутствие знаний, узкий кругозор, банальность, трафаретность мышления, своеобразная эмоциональная упрощенность, т. е. отсутствие сложных эмоций — печали, грусти, иронии, изначально грубый, проалкогольный юмор, легкость актуализации низших эмоций, неоформленность высших эмоций и влечений — вот далеко не полная характеристика супругов. Олигофреноподобные черты наиболее выпукло проявлялись у мужей, в меньшей мере — ужен. Последние были бездуховными, социально пассивными,

внушаемыми, порой суеверными, часто слабовольными и зависимыми, оправдывающими бытовое определение «недалеких». Отсутствие невротических, психопатических черт или даже каких-либо акцентуаций характера не дает права называть эти пары гармоничными. Отмечалась своеобразная деструктурированность — отсутствие смысловой наполненности, глубокого содержания поступков, упрощенность мотивов, примитивность побуждений.

Начальная алкоголизация в такой семье была вызвана подчинением определенным стандартам, соблюдением алкогольных традиций. Употребление алкоголя женами практически всегда накладывалось на пьянство мужей и во многих случаях было вынужденным (уговоры, принуждение супруга). Однако основная причина начальной алкоголизации жен — наличие пассивно-зависимых черт в характере женщин, способствующих облегченному принятию алкогольной «программы».

Исследование супругов, имеющих определенный алкогольный стаж, показывает наличие феномена «ложной деградации», когда больные алкоголизмом супруги казались рано деградировавшими личностями, хотя предпосылки алкогольных изменений личности отмечались уже в начале злоупотребления алкоголем. Мотивы совместной алкоголизации отличались от предыдущих: «для порядка», «как положено», «уважить родственников», «не ударить лицом в грязь». А отдельно у женщин: «чтобы не рассердить мужа», «чтобы ему меньше досталось», «чтобы не было скандала», следовательно, здесь преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивация.

Вместе с тем не все мотивы совместной алкоголизации можно было выявить анкетным методом и путем прямого опроса. Существовала скрытая мотивация. Так, в алкогольно-социопатических семьях алкогольные эксцессы у супругов сопровождались половыми: сексуальные взаимоотношения принимали «борцовский» характер с элементами насилия, агрессивно-садистическими тенденциями. Идеи ревности, хулиганские действия, взаимное рукоприкладство не являлись препятствием для сексуального контакта. В алкогольно-невротических семьях нередко в конфликтных высказываниях супругов звучала тема неудовлетворительных половых взаимоотношений, обвинения в сексуальной несостоятельности.

В дополнение к клинико-феноменологическому методу исследования мы использовали экспериментально-психологический. Нами был применен тест диагностики межличностных отношений, созданный Т. Лири, Г. Лефорджем, Р. Сазеком в 1954 г. и прелназначенный для исследования представления субъекта о себе и своем идеальном «Я», для изучения взаимоотношений в малых группах и выявления преобладающего отношения к окружающим.

Для представления основных социальных ориентации Т. Лири разработал условную схему в виде круга, разделенного на секторы. Было протестировано 65 замужних женщин, страдающих алкоголизмом и находящихся в браке с больными алкоголизмом мужчинами. Всех респондентов условно разделили на две группы. К 1 -й относились 30 пациенток, начавших злоупотреблять спиртным до вступления в брак с мужем, также злоупотреблявшим алкоголем. Ко 2-й группе отнесены 35 больных, у которых алкоголизм сформировался после замужества под влиянием внутрисемейных факторов (чаще всего алкоголизации мужей), В анкетах предлагалось оценить собственные личностные качества и качества супруга. Были получены следующие результаты тестирования.

У преобладающего числа больных (93,8%), независимо от типа формирования алкогольной супружеской пары, отмечались экстремально высокие показатели, свидетельствующие о нарушении межличностной адаптации. Кроме того, межличностная адаптация отличалась в двух выделенных группах. Так, в 1 -й группе у 76,7% преобладала тен-

денция совпадения личностных профилей супругов, причем были более выражены числовые значения таких «положительных» октант, как «дружелюбие», «альтруистичность», что может свидетельствовать о большей гармоничности взаимоотношений у лиц, изначально сформировавших алкогольную брачную пару.

Во 2-й группе у 74,3% доминирующие октанты у мужа и жены различались по типу антагонизма, наиболее часто выраженного у 54,3% на оси «доминирование—подчинение». Пациентки характеризовали себя более положительно, чем своих супругов, которым приписывались такие качества, как агрессивность, эгоизм, авторитарность.

Таким образом, исследование супружеского алкоголизма с применением теста Л при выявило неоднородность изменений межличностной адаптации в супружеских парах. Улиц, злоупотреблявших алкоголем до формирования семьи, отмечалась более удовлетворительная супружеская адаптация в период брака, чем у пар, чей алкоголизм сформировался в период супружества.

11.10.2. Концептуальные модели супружеского алкоголизма

Несмотря на теоретически малую вероятность возникновения алкоголизма сразу у обоих партнеров, такие случаи в практике довольно часты. Вероятно, здесь наблюдается не просто совпадение заболевания у супругов, а взаимное влияние, усиление.

При наличии супружеского алкоголизма нами выдвинуты три концептуальные модели его формирования: I) изначальный выбор будущего супруга-алкоголика женщиной, вышедшей из «алкогольной родительской семьи»; 2) алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации; 3) явление спаивания одним супружеским партнером, страдающим алкоголизмом, другого— интактного.

Рассмотрим возможные варианты формирования алкогольных супружеских пар.

1. Выбор супругов — этап формирования алкогольной брачной пары.

Проблема выбора супружеского партнера, страдающего алкоголизмом, широко дискутировалась с середины 1940-х гг. Существуют следующие гипотезы, предложенные в англо-американской литературе (о них речь шла выше).

«Гипотеза Нарушенной Личности», согласно которой женщина — будущая жена алкоголика — неадекватная, зависимая личностью, ищущая в браке возможность реализации неосознаваемых потребностей. Эта гипотеза считает основой «алкогольного брака» совпадение у супругов личностных проблем, своеобразную «закомплексованность» будущих супругов. *«Гипотеза Доминирующей Личности»* приписывает «женам алкоголиков» склонность к доминированию, подсознательное стремление к закреплению пороков у мужа для сохранения лидирующих позиций в семье. В *«Гипотезе Декомпенсации»* предполагается, что при попытке мужа-алкоголика прекратить пьянство у жены наступает личностная декомпенсация, и поэтому она подсознательно саботирует стремление супруга начать трезвую жизнь.

В этих представлениях основной акцент делался на процессе выбора супруга, основанного на индивидуально-личностных проблемах женщин. Не учитывались личный противоалкогольный опыт (или опыт их родителей), а также их участие в системе парного взаимодействия «муж-алкоголик — жена».

Вместе с тем наряду с семьями, где страдает алкоголизмом только один супруг, существует множество семей, в которых оба супруга больны алкоголизмом. Возникший термин «ассортативность» алкогольных браков имеет двоякий смысл. Напомним, ассортативность браков по какому-либо заболеванию (например, алкоголизму) — это накопление случаев данного заболевания у родственников каждого из супругов. Более

широкий психологический смысл термина заключается в подсознательном выборе супружеских партнеров по алкогольному признаку. Возникли даже представления о том, что выбор супруга-алкоголика женщиной осуществляется в результате подсознательного отрицания жесткого холодного поведения матери и сочувствия мягкому, безвольному отцу-алкоголику. В этой гипотезе делается попытка включения индивидуума в систему семейных (в данном случае родительских) отношений. Можно предположить, что существующие модели семейного патологического реагирования, унаследованные взрослыми детьми алкогольных пробандов, становятся базой для переноса алкоголизма в следующие поколения.

Наконец, в *«Системных теориях»,* развитых P. Steinglass с коллегами, утверждалось, что семейные процессы и «алкогольная система» взаимосвязаны: супружеская пара отвечает на пьянство в форме, адекватной для семьи. При обследовании 250 больных алкоголизмом женщин клинико-психопатологическим, анкетным, экспериментально-психологическим методами была выделена группа из 65 пациенток, мужья и сожители которых страдали алкоголизмом. Основным критерием выделения этих пар было совместное проживание с мужем (сожителем), ведение общего хозяйства, выполнение как минимум двух семейных функций, к их числу относились хозяйственная, материальная, духовная, воспитательная, сексуальная. Была также выделена другая группа пациенток (92 человека), в прошлом состоявших в браке с больными алкоголизмом, а в настоящее время одиноких. Удалось выявить довольно однотипные предпосылки формирования алкогольных супружеских пар.

1. Выбор супруга с алкогольными привычками вследствие расширения диапазона приемлемости употребления алкоголя, снижения сопротивления алкоголизации. При клинико-психопатологическом исследовании женщин было замечено, что во многих случаях пациентки нормативно оценивали начальные проявления заболевания у мужей в периоде создания будущей семьи. В этих случаях прослеживались довольно широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя, низкая сопротивляемость алкоголизации.

Для подтверждения эмпирических наблюдений был изучен рейтинг признаков алкоголизма, выявленный у 129 обследованных женщин. Для контроля была подобрана группа из 60 женщин, не злоупотребляющих алкоголем. Исследование показало, что в основной группе к болезненным проявлениям относились выраженные алкогольные признаки и последствия заболевания — длительные запои, алкогольные психозы, лечение в наркологическом диспансере. Вместе с тем потеря контроля над выпитым, короткие запои, абстинентный синдром к облигатным признакам алкоголизма в большинстве случаев отнесены не были.

Столь широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя косвенно обусловлен добрачным сосуществованием женщин рядом с родителями-алкоголиками либо проживанием в проалкогольном микросоциуме. Характерно, что женщины не оказывали сопротивление алкоголизации даже на ранних этапах формирования семьи, перенося стереотипы из родительской семьи в супружескую.

Широкий диапазон приемлемости употребления алкоголя проявлялся и в лег кости принятия алкогольной программы женщинами. Нередко они сами были вовлечены в атмосферу алкогольного времяпровождения, охотно поддавались уговорам мужей при совместном употреблении спиртных напитков, послушно исполняли алкогольные ритуалы, все более расширяя круг причин алкоголизации, переходя на совместное систематическое употребление алкоголя.

2. Выбор супруга с алкогольными привычками из алкогольного окружения. Для этой социально обусловленной причины взаимного выбора супругов характерно зако-

номерное увеличение частоты алкогольных браков в условиях алкогольной среды. Число супружеских партнеров, выбранных женщинами непосредственно из родительского окружения, было невелико. Превалировал выбор из других алкогольных сред. Вместе с тем «родительское санкционирование» алкогольных браков имело место во многих случаях: одобрение вызывали претенденты, отвечавшие алкогольным экспектациям родителей и родственников.

В 23 случаях отмечался ранний супружеский алкоголизм, развивавшийся на фоне родительского. Прогредиентное течение заболевания у молодой брачной пары обусловливалось поддержкой и стимуляцией одного или обоих родителей, злоупотребляющих алкоголем. Так, возникали связи «тесть—зять», «свекровь—сноха» с обоюдной алкоголизацией, впоследствии перераставшие в супружеско-родительский алкогольный союз. Созданию подобных тандемов способствовала материальная зависимость молодой пары, бытовые условия. В этих случаях перенос стереотипов употребления алкоголя в сформировавшуюся семью был обусловлен алкогольными потребностями родителей; «спаивание» осуществлялось не только в отношении отдельных лиц, но и семьи в целом.

3. Выбор супруга с алкогольными привычками в результате сформировавшихся у женщин стереотипов супружеского поведения. Опрос больных показал, что, несмотря на злоупотребление алкоголем, отец оставался лицом, значимым для женщин, и это являлось косвенной причиной выбора супруга по «отцовскому признаку». Так, 18 женщин отметили наличие явного сходства черт характера, поведения в целом, жизненных установок между отцом и супругом, однако главное сходство заключалось в алкогольных привычках. Подобный «позитивный образ отца» и перенос его на будущего супруга был важен при заключении ранних браков, что связано, вероятно, с отсутствием глубокой деградации личности у отцов обследованных женщин на этом этапе. У 16 больных отец был «негативно значимым лицом», женщины отвергали идею выбора супруга по этому признаку вследствие выраженных алкогольных изменений личности, тяжелых социально-биологических последствий алкоголизма у отца. У наблюдаемых женщин обеих категорий проалкогольные стереотипы супружеского поведения сохранялись. Наблюдались не только расширение диапазона и приемлемости алкоголя, снижение порога сопротивления алкоголизации, но и ее поощрение, создание набора проалкогольных «мужских» черт (словесные формулы типа: «он мог всех перепить», «умел пить» и т. д.). В этих случаях отказ мужчины от употребления алкоголя воспринимался как признак нездоровья, показатель определенной дефектности, отклонения от сложившегося норматива.

4. Выбор супруга с алкогольными привычками в соответствии с родственными чертами характера. В процессе изучения алкогольных семей было выявлено частое сходство характера у обоих супругов: непостоянство и неустойчивость, легковесность и потворство своим желаниям, плохая прогнозируемость поступков, недобросовестность, слабый контроль своих эмоций, отсутствие глубоких интересов. Эти черты описаны в литературе Э. Е. Бехтелем у т. н. «преалкогольных личностей». У 26 женщин эти черты были детерминированы психопатическими расстройствами. У супругов обследованных женщин также было высоко содержание психопатий. Эти лица формировали алкогольно-социопатические семьи. Характерно, что преалкогольные черты характера были значимы в первом браке и отмечались у молодых супружеских пар. В 34 случаях сожительства, т. е. при формировании повторных союзов с лицами, злоупотребляющими алкоголем, выбор основывался не только на общих теперь уже алкогольных изменениях личности, но и на общности алкогольных ценностных ориентиров. При развернутом, клинически детерминированном заболевании у женщин выбор супруга был более

определенным и менее зависел от бессознательных мотивов, был обусловлен конкретными алкогольными установками.

5. Алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации.

При изучении вышеописанных супружеских пар было обнаружено, что у супругов из этих семей возникали сходные мотивы алкоголизации, которая часто была обоюдной, совместной. Так, в алкогольно-социопатических семьях преобладала эйфоризирующе-стимулирующая мотивировка пьянства: алкоголь служил привычным допинговым средством. В алкогольно-невротических семьях, когда «семейный невроз» был первичным, преобладала релаксационно-коммуникативная мотивировка употребления алкоголя супругами: алкоголь становился средством устранения постконфликтного напряжения, улучшения межличностного взаимодействия. В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, мотивы алкоголизации другого супруга характеризовались как сугубо личностные. Наконец, в алкогольно-олигофреноподобных семьях преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивировка: супруги употребляли спиртные напитки для сохранения и укрепления алкогольных традиций, а женщины — для улучшения семейных отношений.

На «адаптационную общность» алкогольных супружеских пар указывают исследования, изучающие факторы стабильности подобных семей. В наших исследованиях «действующих алкогольных семей» (ДАС) и «распавшихся алкогольных семей» (РАС) с помощью «Формализованной истории болезни» было обнаружено определенное сходство клиники заболеваний у супругов в ДАС и расхождение — в РАС. Это относилось к ряду биологических и личностно- психологических параметров. Удалось обосновать вывод о конкордантности течения алкоголизма и изменений личности у супругов, особой «алкогольной гармонии» — новой адаптации семьи в условиях злоупотребления алкоголем обоими супругами. Факторы нестабильности и распада алкогольных семей — дискордантность течения заболевания у супругов, несоответствие их психологического (психопатологического) облика, что вело к супружескому диссонансу и дезадаптации.

Возвращаясь к выделенным типам алкогольных супружеских пар, необходимо отметить, что в первом браке и при небольшом супружеском «стаже» особое значение имел процесс выбора супруга по аналогичным алкогольно-психологическим параметрам. Так. в группе алкогольно-социопатических семей с длительностью брака в 5-10 лет социопатия проявлялась в поведенческих расстройствах: асоциальное™, бурных психопатоподобных эксцессах, введении в супружеские отношения элементов насилия. Супруги изначально обладали психопатическими чертами истерического, возбудимого типов. При длительности брака свыше 10 лет психопатизация супругов сочеталась с истинными социопатическими проявлениями.

Наличие алкогольно-невротических семей — это одно из подтверждений возможности формирования алкоголизма сразу у обоих супругов, связанной с патологической семейной адаптацией. Было бы ошибкой утверждать, что причиной алкоголизма являются лишь неудовлетворительные супружеские отношения, однако в этой группе больных внешнеситуационная психогенная «канва» алкоголизма проступала наиболее отчетливо. Муж и жена употребляли алкоголь не только для разрешения конфликтов, но и при затруднениях психологического и сексуального порядка, т. е. в качестве средства, улучшающего сексуально-психологическую адаптацию супругов. При наличии алкоголизма у одного из супругов (чаще у мужа) у второго супруга могут развиваться различные отклонения в виде невротизации, психопатизации, психосоматизации. Одной из форм нарушения психологической адаптации у женщин с переходом на патологическую становилась реакция с алкоголизацией, при недостаточной биологической защите перераставшая в алкоголизм.

6. Явление «спаивания» как возможность формирования супружеского алкоголизма.

У женщин, страдающих алкоголизмом, состоящих в браке с больным алкоголизмом в настоящее время или в прошлом, был выявлен т. н. феномен «спаивания» — принуждения к выпивке мужьями-алкоголиками. Этот феномен отмечался только в начале употребления алкоголя женщинами, когда у их супругов уже была сформирована алкогольная зависимость. Наряду со стремлением гармонизировать супружеские отношения, консолидироваться на алкогольной почве, создать в лице жены собутыльника, существовала и другая, не всегда осознаваемая мотивация «спаивании».

Здесь уместно вспомнить концепцию «патологизирующих ролей» в семье, оказывающих психотравмирующее действие на ее членов. Спаивание жены муже м-ал ко голиком, — вероятно, одна из форм подобных «ролей». При наличии у мужа патологического влечения к алкоголю, несовместимого или мало совместимого с его нравственными представлениями, возникает фрустрация. Для ее компенсации супруг старается создать такой же порок у других членов семьи, т. к. на фоне злоупотребляющей жены этот дефект не столь заметен. В результате спаивания негативный социальный облик переходит к другому члену семьи, тем самым смещается негативное отношение, перераспределяются семейные роли.

Исследование пациенток, состоявших в прошлом в браке с больными алкоголизмом, установило, что при возникновении алкоголизма у них и утяжелении клинической картины у супругов этих женщин (инициаторов злоупотребления) прогредиентность алкоголизма снижалась, исчезали или уменьшались негативные последствия алкоголизации. У других пациенток, подвергшихся спаиванию, и в настоящее время проживающих с больными алкоголизмом мужьями, отмечалась конкордантность течения заболевания, своеобразная алкогольная адаптация: супруги совместно употребляли алкоголь, при утяжелении состояния оказывали друг другу помощь, одинаково относились к семейным функциям (либо игнорировали, как в алкогольно-социопатических семьях, либо компенсаторно усиливали, как в алкогольно-олигофреноподобных семьях).

Таким образом, выявленный в алкогольных семьях феномен «спаивания», вероятно, представляет собой неосознаваемую попытку перераспределения внутрисемейных ролей, в результате чего возникают *дискордантно-дисгармоничные семьи* с тенденцией к распаду и *конкордантно-дисгармоничные семьи* с патологической алкогольной адаптацией.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что частота супружеского алкоголизма обусловлена наличием всех трех моделей формирования «алкогольной супружеской пары»: изначальным выбором супруга, патологической адаптацией супругов в процессе совместного проживания, а также явлением «спаивания» одного супруга другим, страдающим алкоголизмом.

В заключение хотелось бы отметить, что проблемы супружеского алкоголизма крайне актуальны в России, где традиционно развиты групповые и коллективные формы употребления алкоголя. Проблематика супружеского алкоголизма еще далеко не исчерпана и требует дальнейшего исследования.

11.11. Алкоголизм в позднем возрасте

В среднем и пожилом возрасте имеются свои особенности алкоголизма. В отечественной литературе этому вопросу уделяется существенно меньше внимания, чем, например, раннему или женскому алкоголизму. С одной стороны, известно, что, согласно популяционным исследованиям, в пожилом возрасте количество потребляемого ал-

коголя наименьшее из всех совершеннолетних возрастных групп (Tivis, Brandt, 2000). С другой стороны, еще по данным отечественных исследований 1970-х гг., среди госпитализированных по поводу алкоголизма в психиатрические больницы лица старше 60 лет составили 5,4-10% (Пятов, Шумский, 1983). По последним данным ННЦ наркологии, если на возрастную группу 40-59 лет приходится пик синдрома зависимости от алкоголя, то в группе 60 лет и старше численность лиц с зависимостью от алкоголя уже в 6 раз ниже, хотя по абсолютному значению превосходит показатели распространенности других наркологических расстройств. Те же закономерности наблюдаются в отношении употребления алкоголя с вредными последствиями. Если обратиться к данным по первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в различных возрастных группах (т. е. к численности впервые обратившихся), то и здесь синдром зависимости от алкоголя и алкогольные психозы поражают в наибольшей степени возрастную группу 40-59 лет, а опиоидная наркомания и токсикомания — группу 20-39 лет. Именно среди мужчин старшей возрастной группы чаще встречается совместное потребление алкоголя и транквилизаторов (Косарева, 2005).

Алкоголизм в пожилом возрасте является третьим по распространенности психиатрическим диагнозом и встречается у 3% населения старше 65 лет (Ticehurst. 1990). Согласно данным американских исследователей, алкоголем злоупотребляют 2-10% пожилых людей. Если учесть, что в США люди в возрасте 65 лет и старше составляют 12% населения, то число пожилых алкоголиков оказывается весьма внушительным. Алкоголь — это самое распространенное ПАВ, употребляемое пожилыми людьми. При этом употребление ПАВ и алкоголя, в частности, пожилыми людьми остаются наименее изученными вопросами, что, по мнению американских авторов, связано с двумя причинами:

1) по крайней мере 80% пожилых людей страдают хотя бы одним хроническим заболеванием (в два раза чаще, чем люди до 65 лет), а обычный пожилой человек имеет три заболевания, для лечения которых ему выписывается в среднем 8 лекарственных препаратов. Составляя всего 12% населения США, пожилые люди потребляют 30% всех выписываемых врачами лекарств и 70% лекарств, отпускаемых без рецепта;

2) процесс старения сопровождается личностными изменениями, вследствие чего люди в возрасте 65 лет и старше особенно склонны к неправильному употреблению лекарств. Кроме того, в пожилом возрасте действие на организм ПАВ оказывается более сильным и сложным вследствие старения организма, наличия в нем скрытой патологии, а также по причине приема нескольких лекарственных средств. Поэтому, по оценкам специалистов, в США 15% из 25 млн пожилых людей страдают пристрастием к употреблению лекарственных веществ.

В поздней возрастной группе встречаются два типа алкоголиков: одни начали пить еще в молодости, другие — в старости; во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс (Zimberg, 1978; 1983). М. Г. Пятов и Н. Г. Шумский (1983) подчеркивают, что в первом случае речь идет об алкоголизме в позднем возрасте, а во втором — собственно об алкоголизме позднего возраста. По австралийским данным, лица с алкоголизмом позднего возраста составляют 1 /3 среди всех алкоголиков старше 65 лет (Ticehurst, 1990).

Такое разделение оказалось оправданным. Как показало недавнее немецкое исследование, эти группы отличаются друг от друга не только по возрасту начала потребления этанола (Wetterling, Veltrup, John, Driessen, 2003). Всего было обследовано 268 человек, госпитализированных для проведения детоксикации, которые были разделены на три группы: 1)с началом злоупотребления алкоголя до 25 лет (51 человек— 19%); 2) от 25 до 45 лет (172 человека — 64,2%); 3) после 45 лет (45 человек - 16,8%). Критериям хрониче-

ского алкоголизма по МКБ-10 в первой группе соответствовали 94,1 %, в то время как в третьей (позднее начало злоупотребления) — только 62,2%. В третьей группе, по сравнению с первой, достоверно слабее были следующие характеристики: вовлеченность в у-алкоголизацию, потеря контроля над приемом алкоголя, тяга к спиртному. Реже встречалась и коморбидная психиатрическая патология. Кроме того, улице поздним началом злоупотребления было достоверно меньше детоксикаций в анамнезе, а также редкие и менее продолжительные запои. Ремиссии, наоборот, были более продолжительными. Авторы делают вывод, что в целом злоупотребление алкоголем в позднем возрасте приводит к менее выраженным последствиям, чем, если оно начинается до 25 лет.

В другом исследовании у больных алкоголизмом с поздним началом отмечалось меньшая импульсивность поступков, агрессивность и стремление к поиску новых ощущений по сравнению с пациентами, чей алкоголизм начался в первой половине жизни (Dom, Hulstijn, Sabbe, 2005).

Справедливости ради следует отметить, что эта точка зрения высказывалась еще в середине XX в. Так, F. Bronish в 1958 г. писал: «Если регулярное употребления алкоголя начинается после 50 лет, то психическая зависимость может не возникнуть и через 15 лет». Сходные идеи высказывал и Ch. Mueller(1969), считавший, что алкоголизм позднего возраста — это «проблемный» алкоголизм в том смысле, что чаще всего он провоцируется такими явлениями, свойственными возрасту, как изоляция, разочарованность, неудовлетворенность прошлым и настоящим, озлобленность, физический и психический дискомфорт. Им, по мнению автора, заболевают в основном мужчины, ранее умеренно пившие, и одинокие женщины. В связи со снижением влечения и интолерантностью поздний алкоголизм развивается замедленно и ограничивается симптомами I стадии.

Вместе с тем мнения разных авторов по поводу течения алкоголизма позднего возраста также противоречивы. Так, Э. А. Бабаян и М. X. Гонопольский (1987) утверждают, что в пожилом возрасте стадии алкоголизма формируются быстро. За *3-4* года развивается похмельный синдром, понижается толерантность, изменяется личность. К этому времени анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний. У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма всегда более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным прогнозом. Согласно наблюдениям И. Г. Ураковаи В. В. Куликова (1973), улиц, начинающих злоупотреблять спиртным после 50 лет, формирование «осевых симптомов» алкоголизма ускорено.

В. Б. Альтшулер(1999) согласен с тем, что в пожилом возрасте алкоголизм развивается на фоне разнообразной соматической отягощенности, что приводит к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению органической окраски клинической картины и быстрому развитию алкогольной психической деградации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких, одиночество пожилого человека также неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания. Вместе с тем, по мнению автора, патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях сдерживающую роль играют опасения за здоровье, тягостные состояния похмелья, снижение толерантности к алкоголю. Это способствует мотивации, успешно конкурирующей с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличается медленными темпами. Таким образом, заключает автор, «одни и те же обстоятельства обуславливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте». Благоприятное течение заболевания отмечается у преморбидно-стеничных лиц при малой наследственной отягощенности.

Американские авторы, проведя десятилетнее лонгитюдинальное исследование на выборке из 1291 человека пожилого возраста, имевших алкогольную зависимость, обнаружили, что снижение кратности и количества потребления алкоголя, продолжительность ремиссий положительно коррелировали с утяжелением соматических симптомов. Вместе с тем стрессовые ситуации приводили к усилению потребления алкоголя (Moos, Schutte, Brennan, Moos, 2004).

Авторитетный американский исследователь болезней зависимости М. Sclii.ik.it (2000) считает, что течение алкоголизма у пожилых пациентов в принципе сходно с таковым в молодом возрасте, хотя имеются важные исключения: 1) возможно, у 1/3—1/2 мужчин и женщин, зависимых от алкоголя в возрасте 50-60 лет, не отмечается прогредиентного усиления зависимости после 40 лет; 2) вероятно, пожилые люди с алкоголизмом менее зависимы от влияния родственников-алкоголиков, чем лица молодого возраста, страдающие алкоголизмом; 3) у пожилых людей чаще отмечаются соматические проблемы, вызванные алкоголизмом, и реже — проблемы с полицией, работой и случаи насилия, чем среди «молодых алкоголиков».

Практически все авторы подчеркивают, что в значительной степени на клинику и течение алкоголизма позднего возраста оказывают влияние факторы, связанные со старением, прежде всего — соматическое неблагополучие. В целом лица с поздним алкоголизмом реже имеют семейные/генетические предпосылки для развития этого недуга, т. к. при наличии таких факторов риска алкоголизм проявляется ранее. Кроме того, пожилые люди, страдающие алкоголизмом, чаще принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявляются в более молодые годы. У «пожилых алкоголиков» чаще отмечается органическое поражение головного мозга (Finlayson, Hurt, Davis, Morse, 1998).

По мнению А. В. Надеждина (2002), в последнее время к неблагоприятным соматическим факторам, свойственным пожилому возрасту, присоединилась и алиментарная недостаточность, приводящая к более токсическому поражению ЦНС при алкоголизме. В связи с этим в последние годы чаще отмечаются факты «галопирующего» течения алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическим действием алкоголя и алиментарной недостаточностью приводят к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности, характеризующего исход хронического алкоголизма. Действительно, постепенное формирование психического и физического маразма, аналогичное таковому у больных со старческим слабоумием, становится одним из исходов позднего алкоголизма. Это состояние было описано французским психиатром XIX в. О. Форелем термином «dementia alcoholicosenilis».

М. Г. Пятов и Н. Г. Шуйский (1983) отмечают, что в отдельных наблюдениях ускоренного развития алкоголизма во второй половине жизни речь идет о вторичном, или симптоматическом, алкоголизме. У лиц 45-60 лет это чаще всего наблюдается при неглубоких затяжных депрессиях и исподволь развивающемся шизофреническом процессе. В более позднем возрасте развитие алкоголизма может быть также обусловлено мягким атрофическим процессом с затянувшимся психопатоподобным дебютом, поэтому алкоголизм, развившийся во второй половине жизни, особенно тяжел и требует выявления основного заболевания.

Среди клинических особенностей алкоголизма в позднем возрасте В. Б. Альтшулер (1999) отмечает дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие диэнцефальных расстройств в структуре абстинентного синдрома, аффективные нарушения: тревожно-депрессивные проявления, эмоциональную лабильность, слезливость, ипо-

хондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения.

В развернутой — II стадии болезни — возникают продолжительные запои с литическим окончанием, или больной постоянно потребляет небольшие дозы алкоголя. Характерны амнезии и палимпсесты опьянения. Абстинентный синдром пролонгирован во времени с явлениями тревожно-депрессивного аффекта и ипохондрическими переживаниями. Похмельный синдром затягивается на 5-7 дней, после чего больные могут пить ежедневно в незначительных дозах. При ежедневном пьянстве толерантность снижена больше. Нередко, когда проходят симптомы опьянения, эти лица испытывают отвращение к алкоголю. Алкогольные эксцессы усиливают проявления как различных сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний, в позднем возрасте наблюдающихся у большинства больных, так и заболеваний, непосредственно с алкоголизмом не связанных.

Американские исследователи изучали, как персональные факторы риска (степень самореализации в предыдущей жизни, принадлежность к мужскому полу, отсутствие супружеского партнера, раннее начало алкогольных проблем и копинг-стратегия избегания) наряду с внешними факторами риска (негативные жизненные события, хронические стрессы, пример пьющих друзей) влияют на течение алкоголизма в пожилом возраста. Оказалось, что усугубляют алкоголизацию в этом возрасте такие персональные факторы, как недостаточная самореализация, принадлежность к мужскому полу и копинг-стратегия избегания, а из внешних факторов — негативные жизненные события, стрессы, связанные с супружескими отношениями и здоровьем, и влияние пьющих друзей (Brennan, Moos, Mertens, Brennan, Moos, Mertens, 1994). Сходные результаты были получены в итальянском исследовании: оказалось, что принадлежность к мужскому полу, разочарование в своих доходах, а также сниженные когнитивных функций связаны с возникновением алкогольных проблем в пожилом возрасте (Geroldi, Rozzini, Frisoni, Trabucchi, 1994).

Исследовались также особенности влияния стрессовых факторов на поздний алкоголизм в тендерном аспекте. Все больные алкоголизмом пожилого возраста чаще сообщали о негативных жизненных событиях, хронических стрессах и дефиците социального общения, чем это делали умеренно выпивающие пожилые люди. При этом мужчины-алкоголики упор делали на стрессы, связанные с финансами и друзьями, а также на недостаточную помощь со стороны детей и других родственников. В отличие от мужчин, женщины обращали большее внимание на негативные жизненные события, трудности с мужьями и недостаточную помощь с их стороны (Brennan, Moos, 1990).

В более поздней работе те же авторы отметили различные личностные характеристики и жизненные события, имевшиеся у женщин и мужчин с поздним алкоголизмом. Проанализировав результаты интервью со 183 женщинами и 476 мужчинами, авторы пришли к выводу, что в позднем возрасте женщины по сравнению с мужчинами сталкиваются с меньшим количеством проблем, связанных с алкоголизацией. Они чаще параллельно с алкоголем употребляют ПАВ, у них более выражены депрессивные переживания, и они реже обращаются за квалифицированной медицинской помощью. Из стрессоров у женщин на первом месте стоят проблемы в семье, а у мужчин — финансовые проблемы. Вместе с тем именно женщины сообщили о большей поддержке со стороны детей, более дальних родственников и друзей, чем это отмечалось у мужчин (Brennan, Moos, Kim, 1993). По данным американских авторов, пожилые женщины чаще злоупотребляют алкоголем, чем молодые.

Собственные клинические наблюдения позволяют выделить ряд особенностей позднего алкоголизма у женщин, на наш взгляд в значительной степени связанных с демографической ситуацией в России. По данным Госкомстата РФ, средняя продолжитель-

ность жизни мужчин составляет около 59 лет, а женщин — около 73 лет, т. е. на 14 лет больше. Кроме того, существует еще и разница в возрасте вступления в брак: у мужчин он традиционно выше. Так, по данным Госкомстата на конец XX в., средний возраст вступления в первый брак мужчины составил 24,4 года, а женщины — 22,2 года. Таким образом, на настоящий момент в России среднестатистическая женщина проживает в положении вдовы не менее 15 лет.

Нами специально изучались особенности алкоголизма у женщин в возрасте от 43 до 76 лет, начавших злоупотреблять алкоголем во второй половине жизни после (или на фоне) психотравмирующей ситуации. Во всех случаях психотравмой были длительная болезнь, закончившаяся смертью, или внезапная смерть мужа (постоянного сожителя) либо разрыв отношений с мужем (постоянным сожителем). Иными словами, во всех случаях причиной алкоголизма называлась ситуация эмоциональной утраты.

Согласно критериям МКБ-10, у всех женщин степень алкоголизации достигала выраженности F10.1 —синдром зависимости, а у части отмечалось F 10.3 — состояние отмены, т. е. признаки алкоголизма II стадии. Длительность злоупотребления алкоголем на момент обращения за помощью находилась в пределах от 1 до 8 лет (средняя продолжительность 3,3±1,2 года), средняя продолжительность формирования синдрома зависимости составила 1,8±, 1,1 года. Это свидетельствует о высокопрогредиентном формировании симптомов алкогольной зависимости у женщин обследованной группы. Толерантность отличалась сравнительно невысокими показателями и составила в среднем 100-150 мл чистого этанола. Рост толерантности на фоне развития заболевания был в целом незначительным.

Систематическая алкоголизация у вдов начиналась либо на фоне действующей психотравмы, либо в течение первого года после смерти (ухода) супруга. Большинство алкоголизировались преимущественно в одиночку, меньшинство — в компании близких подруг или родственников.

Всем обследованным предлагалось оценить основные причины алкоголизации по 5-балльной шкале. Женщины должны были оценить в баллах от 1 (минимальное значение) до 5 (максимальное значение) актуальность возможной причины их алкоголизации (табл. 5).

Таблица 5

Результаты самооценки причин алкоголизации
у женщин с поздним (вдовьим) алкоголизмом

№	Причина алкоголизации	Средний балл
1	Одиночество	4,8
2	Плохое настроение	4,7
3	Плохое физическое самочувствие	3,1
4	Ощущение беспокойства	2.7
5	Бессонница	2,6
6	Недостаток внимания со стороны детей, родственников	3,1
7	Финансовые проблемы	2,1
8	Проблемы с жильем	1,3
9	За компанию с подругами (родственниками)	1,9
10	Профессиональная неудовлетворенность	1,1
11	Иная причина (вписать)	2.1

Как видно из полученных данных, на первом месте у женщин оказались причины, связанные с состоянием эмоциональной утраты: одиночество, депрессия, тревога, бессонница, а также плохое физическое самочувствие, вызванное, возможно, не только коморбидной соматической патологией, но и собственно реактивной депрессией. Социальные стрессоры (жилье, финансы, работа), о важности которых пишут западные исследователи, в обследованной группе среди причин алкоголизации играли менее важную роль. Высокая оценка причины «Недостаток внимания со стороны детей, родственников» не может рассматриваться только как влияние социального стрессора, но также отражает сниженный эмоциональный фон с характерными идеями малоценности, ненужности и т. д. В п. II чаще всего вписывались причины, так или иначе характеризующие состояние эмоциональной утраты: «безысходность», «тягостные воспоминания», «попытки заглушить угрызения совести» и т. д.

Полученные данные свидетельствуют, что особенности позднего женского алкоголизма в России позволяют говорить о *«вдовьем алкоголизме».* Ведущий фактор его возникновения — ощущение эмоциональной утраты, связанное с преждевременной смертью (уходом) супруга или сожителя. О значимости ощущения одиночества как фактора риска женского алкоголизма во всех возрастных группах уже сообщалось. В США, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, также имеет место усиление алкоголизации до проблемного уровня в позднем возрасте, что связывают с фактором одиночества, однако это касается и женщин, и мужчин (Brennan, Moos, Kim, 2001).

Как показывают зарубежные исследования, устойчивость ремиссии у лиц с поздним алкоголизмом зависит от ряда факторов. Прежде всего, от ухода от созависимых отношений с супружеским партнером. Важную роль в становлении ремиссии играют желание обращаться за помощью, а также поддержка и доброжелательное отношение со стороны друзей (Schutte, Brennan, Moos, 1994). Десятилетнее изучение спонтанных ремиссий у лиц с алкоголизмом пожилого возраста по сравнению с умеренно пьющими той же возрастной группы показало, что предикторами устойчивой ремиссии являются: 1) принадлежность к женскому полу; 2) меньшее количество и позднее начало проблем, связанных с алкоголизацией; 3) друзья, поощряющие отказ от алкоголизации; 4) снижение объема и кратности употребляемого алкоголя. Угрозу рецидива вызывают депрессии, стрессоры, связанные со здоровьем и финансами, использование ПАВ, фиксация на копинг-стратегиях избегания, меньшая социальная поддержка со стороны друзей. По данным авторов, спонтанные ремиссии у проблемно пьющих лиц пожилого возраста отмечаются в 30% случаев, что выше, чем у лиц с ранним началом алкоголизма (Schutte, Byrne, Brennan, Moos, 2001). При лечении алкоголиков с поздним началом заболевания антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина флювоксамином более устойчивые ремиссии отмечаются чаще, чем у пациентов с ранним началом алкоголизма (Chick, Aschauer, Hornik, 2004).

Таким образом, можно говорить, что алкоголизм в позднем возрасте характеризуется следующими особенностями:

1. Алкоголизм в позднем возрасте — самая распространенная форма химической зависимости в этой возрастной группе.

2. Наблюдается исходная гетерогенность группы, которую составляют лица с ранним началом алкоголизма и продолжающие злоупотребление во второй половине жизни, а также лица с собственно поздним алкоголизмом.

3. Возникновение позднего алкоголизма в большей степени связано с социально-психологическими факторами, нежели с наследственной предрасположенностью.

8 Зак .4806

4. Поздний алкоголизм — менее злокачественный, чем при раннем его начале.

5. Алкоголизм в позднем возрасте протекает на фоне соматической и органической мозговой патологии, что неоднозначно влияет на его течение и прогноз.

6. Существуют тендерные различия позднего алкоголизма, связанные с большей ролью фактора одиночества в его генезе у женщин.

7. Из-за специфики российской демографической ситуации (средняя продолжительность жизни женщин превышает мужскую на 14 лет) среди женщин второй половины жизни приходится сталкиваться с феноменом «вдовьего» алкоголизма, где факторы состояния эмоциональной утраты и одиночества играют основную роль.

11.12. Распознавание злоупотребления алкоголем в общей клинической практике

Больные алкоголизмом при обращении в наркологическую (или психиатрическую) клинику обычно стремятся смягчить представление врача о тяжести своего недуга. Пациенты приуменьшают частоту употребления алкоголя и дозы принимаемых спиртных напитков, игнорируют психическую зависимость от алкоголя, пытаются объяснить систематические выпивки влиянием ситуационных факторов и необходимостью «снять стресс». Это может объясняться наличием своего рода психологической защиты личности от осознавания болезни либо отсутствием установки на лечение и воздержание от приема алкоголя. В тех же случаях, когда больные алкоголизмом обращаются за помощью в клиники общего профиля в связи с соматическими нарушениями, злоупотребление алкоголем, как правило, полностью скрывается.

Достоверность анамнеза не всегда повышается при получении т. н. «объективных данных» от родственников больных. Это объясняется многими причинами. В ряде случаев родственники не располагают достоверной информацией, иногда бывают некритичны к злоупотреблению алкоголем их близкими в связи с высоким уровнем терпимости некоторых социокультурных групп населения к потреблению спиртного (особенно если сами родственники страдают алкоголизмом). Иногда члены семьи стыдятся существующей у пациента привычки к выпивке и поэтому пытаются ее скрыть.

По данным международной статистики, висцеральные проявления злоупотребления алкоголем обнаруживаются у каждого десятого пациента общей клинической сети (Мухин и др., 2001). Это позволяет считать, что не менее 10% пациентов относится к группе риска развития осложнений основного заболевания или возникновения острых алкогольных расстройств, и своевременное распознавание злоупотребления алкоголем имеет большое значение.

Выявление тех или иных признаков злоупотребления алкоголем позволяет предполагать наличие у больного алкоголизма. Однако диагноз последнего может быть установлен только специалистом. Поэтому врачи общей практики вправе констатировать в медицинских документах (или предполагать) лишь злоупотребление алкоголем, но не алкоголизм как болезнь.

Необходимость выявления различных форм злоупотребления алкоголем специалистами в области внутренних болезней и врачами других специальностей определяется следующими основными причинами. Во-первых, определение истинной причины висцеральных поражений позволяет назначать больному этиопатогенетически обоснованное лечение. Во-вторых, констатация злоупотребления алкоголем позволяет проводить верную тактику ведения пациента в стационаре и предотвращать внутрибольничный прием спиртных напитков. Предотвращение употребления спиртных напитков, в свою

очередь, позволяет избежать токсических реакций, обусловленных взаимодействием алкоголя и лекарственных препаратов. Кроме того, это дает возможность консультации пациента психиатром или наркологом с целью проведения специального лечения. В-третьих, своевременное выявление злоупотребления алкоголем позволяет предотвратить развитие у пациента алкогольного делирия и других метал ко гольных расстройств, представляющих угрозу для его здоровья и жизни.

Распознавание злоупотребления алкоголем в общей клинической практике основывается на следующих принципах: 1) оценка общего соматоневрологического состояния больных; 2) оценка общего психического состояния больных; 3) выявление «сигнальных» синдромов соматических, неврологических и психических нарушений; 4) лабораторная и инструментальная диагностика.

На привычное злоупотребление алкоголем у пациентов клиники общего профиля может указывать характерная гиперемия кожных покровов, особенно на лице *(fades alcoholica)* и на груди *(trigonum alcoholicum).* Повышенная потливость у больного, не страдающего простудой или другими лихорадочными заболеваниями, также может быть признаком похмельного состояния.

Дифференциальную диагностику алкоголизма необходимо проводить во всех случаях выявления гепатомегалии и тем более гепатоспленомегалии, особенно если заболевание печени не служило поводом для обращения больного в клинику. Ни один из клинико-морфологических вариантов алкогольного поражения печени не специфичен для алкоголизма, но сочетание гепатомегалии и повышения сывороточной активности АСТ. АЛТ и ГГТ с другими клиническими и лабораторными симптомами может с высокой вероятностью указывать на алкогольную природу болезни.

Косвенным указанием на систематическое злоупотребление алкоголем служат различные поражения органов пищеварения, в первую очередь желудка и поджелудочной железы.

К характерным стигмам злоупотребления алкоголем относятся множественные поражения железистых тканей. Прежде всего, это атрофия тестикул с развитием гинекомастии и других признаков феминизации и поражение околоушных желез с развитием картины гигантского паротита («лицо хомячка»).

Проявлениями синдрома отмены алкоголя могут служить артериальная гипертензия и тахикардия, особенно у молодых пациентов и больных среднего возраста, не страдающих гипертонической болезнью. Признаком алкогольного происхождения гемодинамических нарушений служит их самопроизвольное (без лекарственной коррекции) исчезновение.

Нарушения сна и обращение к лечащему врачу с просьбой о назначении снотворных средств, особенно у больных молодого и среднего возраста, может косвенно указывать на систематическое употребление алкоголя (как, впрочем, и неалкогольных ПАЕ}).

Существенное подспорье в распознавании диссимулируемого злоупотребления алкоголем в общей клинической практике — обнаружение когнитивных расстройств (в первую очередь нарушения запоминания) у пациентов, не достигших пожилого возраста.

Злоупотребление алкоголем позволяет заподозрить обусловленные алкогольной полиневропатией нарушения чувствительности или боли в ногах, особенно в дистальных отделах (в икроножной области и стопах). Нередко у больных выявляются атактические расстройства в виде нарушения походки, в основе которых могут лежать как мозжечковая дисфункция, так и расстройства чувствительности.

Диагноз становится практически безошибочным при возникновении судорожного припадка (если больной не страдает эпилепсией) или острого делириозного помрачения

сознания, особенно если эти состояния проявились на 2-3-й день после поступления больного в клинику.

11.13. Лечение алкоголизма

Лечение алкоголизма включает следующие основные направления:

1) коррекция острых (в том числе угрожающих жизни) состояний, вызванных злоупотреблением алкоголем;

2) воздействие на алкогольную зависимость с целью достижения ремиссии или уменьшения потребления алкоголя;

3) коррекция висцеральных, соматических и неврологических последствий злоупотребления алкоголем.

На первом этапе лечения купируются острые алкогольные расстройства и неотложные соматоневрологические нарушения. После нормализации состояния больных предпринимается лечение собственно аддиктивных расстройств и хронических проявлений алкогольной болезни.

11.13.1. Лечение типичных форм острых алкогольных расстройств

Больные алкоголизмом обычно поступают в наркологическую (психиатрическую) клинику в активной фазе болезни. Эта фаза характеризуется систематическим злоупотреблением алкоголя, иногда принимающем характер запоя. Лишь в редких случаях пациенты обращаются за наркологической помощью, находясь в состоянии ремиссии.

При поступлении больных в клинику чаще всего у них выявляются следующие состояния:

- синдром отмены алкоголя и похмельный синдром;
- алкогольное опьянение;
- сочетание остаточных явлений алкогольного опьянения и абстинентной симптоматики;
- алкогольный делирий или другой алкогольный психоз.

Лечебные мероприятия при поступлении больного в клинику в первую очередь направлены на коррекцию (или предупреждение) синдрома отмены алкоголя и его осложнений — судорожных припадков и алкогольных психозов. Как уже говорилось, именно в период острой отмены алкоголя развиваются экситотоксические эффекты глутамата, поэтому отсутствие лечения или неправильное лечение похмельных состояний всегда приводит к развитию нейродегенеративных изменений как основы алкогольной энцефалопатии.

Своевременное начало адекватной терапии позволяет предотвратить возникновение алкогольных психозов или, по крайней мере, смягчить их течение.

Лечение острых алкогольных расстройств осуществляется по двум основным направлениям: I) коррекция нейрометаболических нарушений (воздействие на *алиментарный фактор патогенеза АБМ);* 2) купирование синдрома отмены алкоголя, его последствий и осложнений (воздействие на *ГАМКергический* и *глутаматергическии факторы патогенеза АБМ).*

Лечебные мероприятия проводятся в соответствии со следующими принципами: I) восполнение дефицита витаминов{\ электролитов; 2) активное применение препаратов ГАМКергического действия с обязательной своевременной их отменой; 3) инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состоя-

ния; 4) ограничение поступления углеводов в организм; 5) неотложный характер и «принцип очередности» лечебных мероприятий; 6) коррекция висцеральных нарушений.

Перечисленным принципам необходимо дать следующую краткую характеристику.

Восполнение алиментарного дефицита. Обязательный и первоочередной компонент нейрометаболической коррекции — назначение тиамина (витамина $B_{(}$). Тиамин вводится парентерально, и предпочтительным является внутримышечный, а не внутривенный путь введения. Суточная доза в неосложненных случаях алкоголизма обычно равна 100 мг. При угрозе развития делирия или тем более энцефалопатии Вернике суточная доза этого витамина может возрастать до 300 мг или даже (в редких случаях) 500 мг. В связи с тем, что тиамин относится к водорастворимым витаминам и его способность к запасанию в организме невелика, предпочтительно дробное введение в разовой дозе 100 мг.

Как и любой другой лекарственный препарат, тиамин не назначается при наличии указаний на его непереносимость.

Наряду с тиамином больным алкоголизмом назначаются другие витамины, в том числе пиридоксин (витамин B_6), цианокобаламин (витамин B_{12}) и никотиновая кислота (витамин PP). Предпочтительный путь введения и этих витаминов, и тиамина — внутримышечная инъекция.

Как уже указывалось в разделе, посвященном алкогольной пеллагре, восполнение дефицита тиамина без одновременного назначения никотиновой кислоты может приводить к усилению проявлений дефицита последней. Поэтому рациональная витаминотерапия металкогольных расстройств предполагает одновременное применение тиамина и никотиновой кислоты (а также пиридоксина) (Дамулин, 2005).

В связи со снижением содержания ионов калия и магния как характерным последствием злоупотребления алкоголем, обязательно при интенсивной терапии острых алкогольных расстройств введение солей калия и магния (обычно в составе капельной инфузии).

Ионы калия и магния способствуют нормализации вегетативных и гемодинамических показателей. Кроме того, ионы магния повышают биологическую активность тиамина, ускоряя ТПФ-зависимые биохимические реакции.

В отличие от дефицита витаминов и электролитов, восполнение дефицита белка путем парентерального введения протеинов или отдельных аминокислот не производится, т. к. подобные меры могут спровоцировать развитие острой энцефалопатии.

ГАМКергическая терапия. Воздействие на синдром отмены алкоголя и его осложнения проводится с использованием ГАМКергических лекарственных препаратов. К этой категории относятся производные бензодиазепина и барбитураты. Как производные бензодиазепина, так и барбитураты воздействуют на функциональный комплекс, расположенный на мембране нервной клетки и состоящий из бензодиазепинового рецептора, ГАМКА-рецептора и хлорного ионного канала. Конечное различие между производными бензодиазепина и барбитуратами в механизме воздействия на этот комплекс заключается в том, что первые повышают частоту открытия, а вторые — продолжительность открытой фазы хлорного канала.

С точки зрения механизма фармакологического действия использование производных бензодиазепина и барбитуратов в лечении металкогольных расстройств может считаться равно эффективным. Тем не менее производным бензодиазепина отдается предпочтение в связи с тем, что спектр действия барбитуратов значительно уже, они обладают меньшей терапевтической широтой и к их эффектам быстрее формируется толерантность.

При тяжелом течении похмельных состояний и угрозе развития металкогольных психозов мы считаем допустимым одновременное назначение производных бензодиазепина и барбитуратов, причем вторым отводится второстепенная роль и они (в связи с развитием привыкания) раньше выводятся из лечебных схем.

Транквилизаторы и снотворные средства бензодиазепинового ряда проявляют следующие основные эффекты: 1) анксиолитический (противотревожный); 2) седативный; 3) снотворный; 4) противосудорожный; 5) вегетативно-стабилизирующий; 6) миорелаксирующий (мышечно-расслабляющий). Все эти эффекты, за исключением последнего, делают производные бензодиазепина препаратами первого выбора в лечении острых алкогольных расстройств.

Для лечения острых алкогольных расстройств из числа производных бензодиазепина применяются диазепам, лоразепам и хлордиазепоксид. Диазепам (седуксен) — это мощный транквилизатор с продолжительным действием, включающий все фармакологические эффекты, свойственные бензодиазепинам, в том числе сильное прогивосудорожное влияние. При назначении диазепама следует принимать во внимание, что у больных алкоголизмом из-за повышенной чувствительности дыхательных центров внутривенное введение препарата может вызвать угнетение дыхания. Поступление препарата в кровь при внутримышечном введении замедлено (в связи с физиологическими значениями pH скелетной мускулатуры), поэтому предпочтительным способом введения диазепама является прием внутрь. Необходимые в наркологической практике клинические эффекты препарата развиваются через 15-30 минут после перорального приема.

Лоразепам (ативан) также относится к мощным транквилизаторам. По силе противотревожного и других эффектов и продолжительности фармакологического действия препарат несколько уступает диазепаму. Несомненное достоинство лоразепама для наркологической практики — его упрощенный метаболизм, благодаря чему лоразепам практически не имеет гепатотоксических свойств и может назначаться больным с тяжелыми формами поражения печени.

Хлордиазепоксид (элениум) — это первый транквилизатор бензодиазепинового ряда, предложенный к клиническому применению. Среди достоинств этого препарата — продолжительное действие и достаточная активность в предупреждении и лечении неотложных состояний у больных алкоголизмом. К числу недостатков хлордиазепоксида относятся отсроченное начало клинических эффектов и отсутствие лекарственной формы для парентерального введения.

Наряду с перечисленными в лечении алкоголизма используются и другие препараты бензодиазепинового ряда, причем не только транквилизаторы, но и снотворные средства — нитразепам (радедорм), флунитразепам (рогипнол), мидазолам (дормикум). Снотворные препараты назначаются на ночь, и в первой половине дня их остаточные эффекты (анксиолитический, противосудорожный, вегетативно-стабилизирующий) могут дополняться действием других производных бензодиазепина.

В отличие от производных бензодиазепина, барбитураты проявляют лишь снотворное, противосудорожное и умеренное седативное действие. Анксиолитический и вегетативно-стабилизирующий эффекты у барбитуратов отсутствуют.

При назначении барбитуратов в лечении острых алкогольных расстройств предпочтителен выбор препаратов с продолжительным действием. Наиболее часто с этой целью применяется фенобарбитал.

При использовании препаратов снотворно-седативной группы в лечении неотложных состояний у больных алкоголизмом необходимо учитывать следующие соображения.

1. Этанол обладает сходными с бензодиазепинами и барбитуратами фармаколог и-ческими свойствами, что обусловливает перекрестную толерантность между этими тремя группами веществ.

2. К фармакологическим эффектам препаратов снотворно-седативной группы у больных алкоголизмом часто обнаруживается устойчивоегь, вызванная перекрестной толерантностью. Эта устойчивость может нарастать во время лечения, и особенно быстро это происходит с барбитуратами.

3. Некоторые больные алкоголизмом прибегают к немедицинскому употреблению препаратов снотворно-седативной группы (чаше всего транквилизаторов бензодиазепинового ряда). Основные мотивы для немедицинского использования транквилизаторов — тревога, нарушения сна, тягостные абстинентные состояния. Известны случаи сочетанного приема алкоголя и транквилизаторов, а иногда транквилизаторы рассматриваются больными в качестве альтернативы спиртным напиткам. Как правило, последний тип немедицинского потребления транквилизаторов отмечается у больных алкоголизмом, комороидным с пограничными психическими расстройствами, и у пациентов с множественным типом аддиктивных расстройств и тенденцией к злоупотреблению ПАВ разных классов.

4. Препараты снотворно-седативной группы должны использоваться в наркологической клинике короткими курсами и лишь при наличии показаний. Бензодиазепины и барбитураты должны выводиться из лечебных схем по миновании острых абстинентных состояний или их осложнений.

5. Необходимо избегать назначения бензодиазепинов и барбитуратов, если больные алкоголизмом обращаются за врачебной помощью вне фазы активного употребления алкоголя, при отсутствии абстинентного синдрома и угрозы его осложнений.

6. Переход алкогольного делирия в острую и тем более хроническую алкогольную энцефалопатию требует обязательной отмены всех препаратов, обладающих ГАМКергическими свойствами — производных бензодиазепина, барбитуратов, клометиазола и рассматриваемых ниже противосудорожных средств. Препараты перечисленных групп способны усугублять когнитивные расстройства и другие проявления энцефалопатии.

Наряду с препаратами снотворно-седативной группы в купировании неотложных состояний у больных алкоголизмом применяются противосудорожные средства. Выраженной эффективностью в отношении острых алкогольных расстройств обладает, особенно в сочетании с транквилизаторами, карбамазепин (финлепсин). Карбамазепин проявляет противосудорожное действие, умеренное седативное и вегетативно-стабилизирующее влияние, а также потенцирует действие препаратов снотворно-седативной группы. Благодаря нормотимическому действию карбамазепина у больных алкоголизмом быстро исчезает аффективная напряженность, а благодаря его купирующему влиянию на похмельную симптоматику устраняется влечение к алкоголю.

Сходные с карбамазепином клинические эффекты демонстрирует натрия вальпроат (конвулекс). Наряду с классическими противосудорожнымн средствами все чаще используются антиконвульсанты нового поколения —ламотриджин (ламиктал) и топирамат (топамакс). Имеются основания для предположения о том, что топирамат способен оказывать избирательное воздействие на расстройства влечений, в том числе на влечение к ПАВ (возможно, этой особенностью объясняется такой побочный эффект топирамата, как исчезновение аппетита и снижение веса). В ходе двойного слепого плацебо-контролируемого исследования показана способность топирамата уменьшать проявления алкогольной зависимости (Johnson et al., 2003). Собственные единичные клинические наблюдения авторов этой главы (не основанные на применении методов доказательной

медицины) позволяют говорить о возможности снижения влечения к алкоголю (а также к табаку) под действием топирамата. Отмеченные клинические эффекты препарата объясняют ГАМКергическим действием и влиянием на каинатные глутаматергические рецепторы, вследствие чего происходит снижение дофаминергической активности мезокортиколимбических зон (Johnson et al., 2003). Способность топирамата оказывать благотворное влияние на аддиктивные влечения требует дальнейшего изучения в ходе двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, однако уже сейчас топирамат представляется одним из наиболее перспективных препаратов для наркологической практики. Недостатком топирамата, отличающим его от карбамазепина, является отсутствие терапевтического влияния на синдром отмены алкоголя.

В практике лечения неотложных состояний у больных алкоголизмом необходимо принимать во внимание, что бензодиазепины и другие препараты с ГАМКергической активностью могут провоцировать развитие печеночной энцефалопатии как опасного осложнения алкогольного цирроза печени, угрожающего жизни больных. По этой причине при тяжелых гепатоцеллюлярных поражениях и при острых гепатитах препараты этой категории должны применяться крайней осторожно.

Определенным эффектом при острых формах АБМ обладают адренергические средства (бета-адреноблокаторы и центральные альфа-2-адреномиметики), а также антагонисты кальция (Волчегорский, Мельник, 2004).

Эффективное купирующее воздействие на острые проявления отмены алкоголя оказывают препараты *гамма-оксимасляной кислоты* (ГОМК) и *гамма-гидроксимасляной кислоты* (ГГМК), используемые в анестезиологической практике в качестве средств для наркоза. В России с этой целью используется ГОМК (в виде одной из солей — *натрия оксибутирата),* в западных странах — ГГМК. Назначение этих препаратов быстро устраняет абстинентную симптоматику и часто позволяет предотвратить развитие алкогольного делирия. Необходимо учитывать, что натрия оксибутират снижает порог судорожной готовности и уменьшает содержание калия в крови. Оба эффекта крайне нежелательны для больных алкоголизмом, тем более что повышенная пароксизмальная готовность и гипокалиемия часто отмечаются у пациентов и вне терапии натрия оксибутиратом. Введение препаратов ГОМК и ГГМК необходимо дополнять производными бензодиазепина (или другими лекарственными средствами с противосудорожными эффектами) и препаратами калия.

Нужно также учитывать, что в связи с выраженным эйфоризирующим действием препараты ГОМК и ГГМК потребляются в немедицинских целях и нередко выявляются в сфере незаконного оборота ПАВ (Сиволап, Савченков, 2000; Addolorato et al., 2000). В связи с этим в последние годы натрия оксибутират в Российской Федерации подвергается особому хранению и учету, что затрудняет его использование в наркологической практике.

Инфузионная терапия. Внутривенная капельная инфузия — важный компонент лечения острых алкогольных расстройств, призванный выполнять следующие задачи: 1) общая и тканевая регидратация (у многих больных алкоголизмом при поступлении в клинику в период активного злоупотребления алкоголем выявляется обезвоживание различной степени); 2) коррекция водно-электролитного баланса (типичным для злоупотребления алкоголя является снижение плазменного содержания ионов калия и магния); 3) коррекция кислотно-щелочного состояния (злоупотребление алкоголем обычно сопровождается накоплением кислых метаболитов этанола, что требует защелачивания крови при оказании госпитальной помощи больным); 4) быстрое поступление необходимых лекарственных препаратов к органам-мишеням.

К важным вопросам инфузионной терапии относится ее содержание. В нарколог ической практике используются три основных типа инфузионных растворов: 1) кристаллоидные растворы; 2) растворы глюкозы; 3) коллоидные растворы.

Кристаллоидные растворы, в зависимости от разновидности, содержат различные электролиты: катионы (например, ионы натрия, калия, магния) и анионы (например, ионы хлора). Конкретный электролитный состав кристаллоидных растворов определяется врачом и может модифицироваться путем добавления отдельных солей (например, калия и магния, как необходимых для большинства больных алкоголизмом) в официальные препараты, предназначенные для инфузионной терапии (например, изотонический раствор 0,9% натрия хлорида, раствор Рингера и др.).

Кристаллоидные растворы наиболее пригодны для инфузионной терапии больных с острыми алкогольными расстройствами. Преимущества данного типа растворов определяются следующими их свойствами: 1) быстрая и эффективная регидратация, коррекция электролитных нарушений и кислотно-щелочных сдвигов; 2) быстрая транспортировка других лекарственных препаратов к органам-мишеням; 3) отсутствие осмотического действия и связанной с этим способности вызывать гемоконцентрацию (сгущение крови) и усиливать тканевое обезвоживание; 4) отсутствие способности включаться в метаболические процессы; 5) редкость аллергических реакций.

В отличие от кристаллоидных растворов, растворы глюкозы (особенно с высокой концентрацией) способны проявлять гиперосмолярное действие и усиливать тканевое обезвоживание у больных. Метаболизм глюкозы (как и других сахаридов) осуществляется с участием ТПФ-зависимых ферментов, и ее введение без витаминной коррекции усугубляет дефицит тиамина как основного патогенетического звена АБМ. Введение больным алкоголизмом глюкозы без предварительного назначения тиамина в адекватной дозе может способствовать провокации алкогольного делирия и других метал когольных психозов.

Единственным показанием для предпочтения инфузионных препаратов глюкозы электролитным растворам можно считать алкогольную гипогликемию, выявляемую у части больных как в состоянии алкогольного опьянения, так и при острой отмене алкоголя. Превентивное (без учета уровня глюкозы в крови) введение растворов глюкозы в связи с высказанными выше соображениями вряд ли можно считать целесообразным. Основанием для принятия такого решения при отсутствии возможности лабораторной экспресс-диагностики может служить скрининговое определение уровня сахара в крови с помощью глюкометра.

Необходимо отметить, что гипогликемия в состоянии алкогольного опьянения рассматривается в качестве прогностически неблагоприятного признака при острых металкогольных расстройствах.

Сомнительным подходом к инфузионной терапии острых алкогольных расстройств является применение коллоидных растворов. Отсутствие выраженной интоксикации у подавляющего большинства госпитализированных больных алкоголизмом ставит под сомнение целесообразность внутривенного введения коллоидных препаратов, а наличие таких свойств коллоидов, как гиперосмолярное действие и аллергические реакции, повышает риск осложнений терапии.

Распространенный метод лечения острых алкогольных расстройств— инфузионная терапия с помощью *поливинилпирролидона* (гемодеза). Показаний к введению этого препарата, предназначенного для лечения интоксикации, в наркологической клинике практически не возникает, а осложнения терапии в виде тканевого обезвоживания, анафилактических реакций и острой тубулопатии отмечаются чаще, чем при достоверно

безопасных методах лечения. К сожалению, неоправданно частое применение препарата в лечении больных алкоголизмом и наркоманией в течение многих лет способствовало появлению мифологизированных представлений о его эффективности у некоторых пациентов и их родственников.

Одна из мер предупреждения металкогольных психозов — *ограничение поступления углеводов в организм,* поскольку, как указывалось выше, метаболизм углеводов усиливает дефицит тиамина. Из питания пациентов с острыми алкогольными расстройствами должны по возможности исключаться продукты с высоким гликемическим индексом (величина последнего определяется темпом поступления глюкозы в кровь).

Необходимость ограничения углеводов обосновывается, кроме того, высокой частотой алкогольного поражения поджелудочной железы (нередко протекающего бессимптомно) и повышенным риском развития сахарного диабета у больных алкоголизмом.

Крайне важен в практике лечения алкоголизма *неотложный характер лечебных мероприятий.* Своевременная и адекватная терапия способна предотвратить развитие тяжелых форм АБМ или, по крайней мере, смягчить ее течение, что позволяет избежать неблагоприятных исходов болезни, повысить выживаемость больных алкоголизмом и добиться максимально возможного сохранения их трудоспособности.

«Принцип очередности» лечебных мероприятий предполагает их проведение в определенной последовательности. Частая ошибка в лечении синдрома отмены алкоголя и его осложнений — первоочередное проведение капельной инфузии без предшествующего назначения нейрометаболических и ГАМКергических лекарственных средств. Основной терапевтической мишенью АБМ служит не интоксикация метаболитами алкоголя или другими веществами, а описанные выше обменные нарушения в ткани ЦНС, клиническим следствием чего являются психические и неврологические симптомы металкогольных расстройств. Простая инфузия плазмозамещающих растворов (особенно растворов глюкозы) не приводит к уменьшению проявлений АБМ, а в ряде случаев способствует ухудшению состояния больных. Поэтому в первую очередь при абстинентном синдроме, и тем более при алкогольном делирии, назначаются тиамин и производные бензодйазепина (их действие может дополняться барбитуратами, антиконвульсантами, адренергическими препаратами и антагонистами кальция), и лишь затем проводятся внутривенные инфузионные процедуры.

Дискуссионные вопросы лечения острых алкогольных расстройств. Один из сложных вопросов фармакотерапии неотложных состояний у больных алкоголизмом — вопрос о целесообразности и допустимости применения нейролептиков. С одной стороны, страх, тревога, психомоторное возбуждение и галлюцинации —это показания для назначения антипсихотических средств. С другой стороны, нейролептики, в отличие от препаратов ГАМКергической группы (бензодиазепинов, барбитуратов, клометиазола и противосудорожных средств), являются не патогенетическим, а симптоматическим средством лечения АБМ. Нейролептики способны увеличивать тяжесть неврологических расстройств у больных алкоголизмом, нарушать процессы трофики и микроциркуляции, повышать проницаемость мелких кровеносных сосудов, что может вызывать (или усиливать) тканевые отеки, в том числе отек легких или отек мозга. Кроме того, важно учитывать способность ряда нейролептиков с выраженными холинолитическими свойствами провоцировать развитие делирия или усиливать степень помрачения сознания при уже развившемся психозе. К числу этих нейролептиков относятся хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин), клозапин (азалептин) и некоторые другие препараты.

В число лекарственных средств с высокой холинолитической активностью и способностью провоцировать делириозное помрачение сознания входят трициклические анти-

депрессанты — амитриптилин, имипрамин(мелипрамин)и кломипрамин(анафранил), а также противоаллергические средства — прометазин (пипольфен) и дифенгидрамин (димедрол).

Мы считаем целесообразным при использовании нейролептиков в лечении острых алкогольных расстройств исходить из следующих соображений: 1) применение нейролептиков для симптоматического воздействия на психотическую симптоматику допустимо при недостаточной эффективности патогенетических подходов к купированию психических нарушений; 2) чем сильнее в клинической картине выражена неврологическая симптоматика, тем в большей степени нейролептики противопоказаны больным: 3) нейролептики являются необходимым средством лечения атипичных металкогольных психозов и в значительно меньшей степени показаны для типичных форм АБМ: 4) предпочтителен выбор препаратов с отсутствием антихолинергической активности, минимальным каталептогенным и гемодинамическим влиянием.

При наличии показаний к использованию нейролептиков в неотложной наркологии применяются производные бутирофенона — *галоперидол* и *дроперидол* (необходимо оговорить, что последний препарат способен существенно снижать гемодинамическне показатели и может применяться только анестезиологами-реаниматологами). Наряду с этими лекарственными средствами хорошим соотношением клинической эффективности и переносимости обладает рисперидон (сперидан), способность которого оказывать влияние на психотическую симптоматику может даже превосходить антипсихотическое действие галоперидола.

Небесспорна правомерность применения методик экстракорпоральной детоксикации влечении алкоголизма и алкогольной болезни. Безусловное (и, по нашему мнению, единственное) достоинство этих методик — отсутствие лекарственной нагрузки на печень и отсутствие риска развития (или утяжеления) острого токсического гепатита. Эфферентная детоксикация в лечении алкоголизма имеет следующие основные недостатки: 1) высокая инвазивность; 2) грубое, не отвечающее клинической потребности, вмешательство в гомеостаз; 3) недостаточная воспроизводимость методик в наркологической (психиатрической) клинике в связи с необходимостью наличия специального оборудования и расходных материалов, а также специальной квалификации медицинского персонала; 4) исключительно клиренсовое воздействие на гомеостаз, не сопровождающееся патогенетическим влиянием на металкогольные церебральные нарушения.

11.13.2. Особенности лечения алкогольной энцефалопатии

Лечение алкогольной энцефалопатии имеет как сходство, так и различие с лечением синдрома отмены алкоголя и его осложнений — судорожных припадков и алкогольного делирия.

При нарастании удельной доли неврологических расстройств в структуре острых алкогольных расстройств (например, при тяжелом течении алкогольного делирия) и формировании энцефалопатии характер лечебных мероприятий принципиально изменяется. Препараты ГАМКергического действия (производные бензодиазепина, барбитураты, клометиазол, противосудорожные средства, а также нейролептики, если они находили применение) при переходе алкогольного поражения мозга в энцефалопатическую стадию должны отменяться в связи с их способностью усугублять когнитивный дефицит. У больных с энцефалопатией эти препараты могут применяться в минимально достаточных количествах лишь при наличии специальных показаний (например, судорожных припадков).

Основная задача терапии при алкогольной энцефалопатии — коррекция нейрометаболических нарушений с использованием двух групп лекарственных средств: витаминов и ингибиторовNMDA-рецепторов.

Витамины. Витаминотерапия — это сквозная лечебная мера в терапии всех форм и стадий АБМ. Поскольку при алкогольной энцефалопатии алиментарные нарушения выражены сильнее, чем при неврологически неосложненных формах алкоголизма, витамины обычно назначаются в повышенных дозах.

Основное направление витаминотерапии — восполнение дефицита тиамина. Если при неосложненных формах острых алкогольных расстройств тиамин вводится внутримышечно, то при неблагоприятном течении алкогольного делирия, энцефалопатии Вернике или острых проявлениях корсаковской болезни предпочтительным путем введения препарата является внутривенная инъекция. Тиамин вводится многократно по 100 мг, суточная доза витамина составляет 300-500 мг.

Назначение тиамина, как указывалось выше, при тяжелых формах металкогольного поражения ЦНС обязательно должно дополняться назначением пиридоксина и препаратов никотиновой кислоты во избежание усугубления дефицита последней при изолированном введении тиамина (Дамулин, 2005; Serdaru, 1988).

Одним из перспективных путей лечения исходных форм металкогольного поражения ЦНС считается применение ингибиторов холинэстеразы. Препараты этой группы способны избирательно воздействовать на когнитивные расстройства и применяются в психиатрической практике для лечения болезни Альцгеймера и других форм деменции. Показания для применения антихолинэстеразных средств в наркологической клинике могли бы представлять амнестический симптомокомплекс, развивающийся в структуре корсаковского психоза, алкогольной деменции, алкогольного псевдопаралича и других тяжелых психоорганических металкогольных расстройств, характеризующихся грубым когнитивным дефицитом. Имеются отдельные сообщения об эффективности одного из препаратов этой группы — *донепезила* в лечении корсаковского психоза (Iga J.-l. et al., 2001), однако подтверждение целесообразности и безопасности подобного подхода требует проведения специальных исследований, особенно с учетом гепатотоксического действия многих антихолинэстеразных средств.

Мемантин. Мемантин (акатинол) принадлежит к одному из новых фармакологических классов нейротропных средств — антагонистам NMDA-рецепторов. Мемантин наиболее эффективен на острых стадиях металкогольных расстройств — энцефалопатии Вернике и начальных проявлениях корсаковской болезни, когда церебральный процесс носит характер «биохимического повреждения» и не переходит в фазу необратимых нейродегенеративных изменений. Своевременное назначение мемантина нередко способствует редукции металкогольного психоза, улучшению его течение и прогноза, восстановлению когнитивных функций и повышению выживаемости больных. В равной степени препарат способен стимулировать обратное развитие острых проявлений полиневропатии и алкогольной дегенерации мозжечка.

11.13.3. Особенности лечения атипичных металкогольных психозов

Как указывалось выше, особенностью атипичных металкогольных психозов, отличающих данную клиническую категорию от типичных форм АБМ, является эндоформная структура психопатологических синдромов, и большую роль в их развитии играет фактор конституционального предрасположения к шизоформному или параноидному реа-

гированию. Если в лечении классической белой горячки основное значение придается нейрометаболической коррекции и ГАМКергическим лекарственным средствам, а целесообразность нейролептиков остается предметом дискуссий, то при атипичных металкогольных психозах нейролептики, наряду с препаратами нейрометаболического действия, служат основным компонентом лечения.

При алкогольных психозах, возникновение которых связано с острой отменой алкоголя, предпочтение при выборе нейролептиков отдается препаратам, не обладающим антихолинергическими свойствами, — галоперидолу и рисперидону (сперидану). Галоперидол проявляет активность в отношении дофаминовых рецепторов 0,-типа и в значительно меньшей степени, — D,- и D_4-THnoe. В меньшей степени препарат связывается с адренорецепторами и серотониновыми рецепторами, однако его лигандные свойства не вполне соответствуют выраженным клиническим эффектам. Галоперидол обладает мощным антипсихотическим влиянием и относится к категории нейролептиков «обрывающего» действия, что позволяет с успехом применять препарат в лечении острых эндогенных психозов и психотических синдромов иной этиологии.

В отличие от хлорпромазина (аминазина) и других алифатических производных фенотиазина, галоперидол проявляет не только общее, но и селективное антипсихотическое действие, он способен оказывать избирательное влияние на галлюцинаторные и бредовые симптомы.

В небольших (менее 1 мг) дозах препарат проявляет свойства «малого» нейролептика, что позволяет успешно применять его для лечения психических расстройств пограничных (непсихотических) психопатологических регистров. Несмотря на появление антипсихотиков новых поколений, галоперидол до сих пор не утратил своего значения для психиатрической и наркологической практики.

Рисперидон принадлежит к последнему поколению атипичных нейролептиков, что определяет его высокую клиническую эффективность, благоприятное соотношение между прямыми (антипсихотическими) и побочными действиями и хорошую переносимость. По силе воздействия на дофаминовые рецепторы D -типа (лежащего в основе антипсихотической активности) рисперидон превосходит галоперидол и такие атипичные нейролептики, каколанзапин и кветиапин.

Обладая сопоставимым с галоперидолом или даже более мощным воздействием на бредовые и галлюцинаторные расстройства, рисперидон при использовании в рекомендованных терапевтических дозах (2-6 мг) не вызывает экстрапирамидных нарушений, характерных для традиционных нейролептиков.

Благоприятным свойством рисперидона как атипичного антипсихотика является способность оказывать благотворное влияние на негативную психопатологическую симптоматику, что имеет значение для лечения алкоголизма, коморбидного с расстройствами шизофренического спектра.

Рисперидон обладает способностью устранять дисфорические состояния, в том числе у больных с различными формами органического поражения мозга, что имеет особое значение для наркологической практики. Широкое использование препарата в наркологической клинике облегчается тем, что рисперидон не несет на себе отрицательной «стигмы», характерной для некоторых традиционных нейролептиков, нередко вызывающей отторжение у наркологических больных.

Несмотря на определенные противопоказания влечении острых галлюцинаторных и параноидных синдромов у больных алкоголизмом, наряду с галоперидолом и рисперидоном могут использоваться и алифатические производные фенотиазина — *хлорпромазин* (аминазин) и *певомепромазин* (тизерцин). Показанием к использованию этих пре-

паратов служит их седативное и общее затормаживающее действие, позволяющее успешно подавлять тревогу и психомоторное возбуждение.

Наряду с нейролептической терапией в лечении атипичных металкогольных психозов применяются и традиционные подходы к нейрометаболической коррекции АМБ с помощью витаминов, препаратов ГАМКергического действия и антагонистов глутамата. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда используются с двойной целью: с одной стороны, они воздействуют на вегетативные и психопатологические проявления отмены алкоголя, смягчая течение абстинентного синдрома и предупреждая развитие его осложнений, а с другой — благодаря анксиолитическому влиянию дополняют антипсихотические эффекты нейролептиков.

При атипичных металкогольных психозах могут применяться те же транквилизаторы, что и при типичных формах АБМ, но препаратом выбора является феназепам. Феназепам обладает очень мощным анксиолитическим действием, и его способность купировать психотическую тревогу сближает препарат с нейролептиками «обрывающего» действия. Феназепам с успехом назначается при острых психозах различной этиологии, в структуре которых доминирует тревожный компонент, в качестве препарата, дополняющего действие нейролептиков. В аналогичном качестве феназепам применяется в лечении острого алкогольного галлюциноза и алкогольного параноида.

По мере купирования абстинентных состояний активность нейрометаболической терапии уменьшается, препараты снотворно-седативной группы постепенно отменяются (если сохраняющаяся в структуре психоза тревога не требует продолжения приема транквилизаторов). Нейролептическая терапия продолжается вплоть до полного исчезновения психотической симптоматики и восстановления критического отношения к галлюцинаторным и бредовым расстройствам.

11.13.4. Распространенные ошибки фармакотерапии неотложных состояний у больных алкоголизмом

Типичными ошибками лечения острых алкогольных расстройств, которые могут привести к утяжелению состояния больных, являются следующие врачебные решения: I) введение препаратов глюкозы без предварительного парентерального введения тиамина (витамина B_1); 2) нарушение принципа очередное! и лечебных мероприятий; 3) необоснованное назначение лекарственных препаратов, обладающих выраженной холинолитической активностью.

Как уже указывалось, метаболизм углеводов осуществляется с участием ТПФ-зависимых ферментов, поэтому введение препаратов глюкозы с целью детоксикации без предварительного назначения тиамина снижает общее содержание этого витамина в организме (которое у лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, и без того невелико). Резкое уменьшение мозгового пула тиамина может прямо провоцировать развитие алкогольного делирия и (при неблагоприятном течении металкогольного церебрального процесса) острой алкогольной энцефалопатии.

Нарушение охарактеризованного выше «принципа очередности» в назначении различных лекарственных средств также может приводить к утяжелению состояния больных, а неадекватная капельная инфузия - к отекам жизненно важных органов и другим опасным осложнениям.

К числу грубых врачебных ошибок относится назначение больным алкоголизмом (особенно пациентам с большой длительностью злоупотребления алкоголем, выражен-

ным соматоневрологическим отягощением и высоким риском развития делирия) в период острой отмены алкоголя препаратов-холинолитиков.

Если назначение нейролептиков с антихолинергическими свойствами может определяться теми или иными показаниями, то клинических показаний для применения трициклических антидепрессантов или антигистаминных средств при алкогольном абстинентном синдроме практически не бывает. Несмотря на это, назначение больным с острыми алкогольными расстройствами трициклических антидепрессантов и таких препаратов, как прометазин (пипольфен) и дифенгидрамин (димедрол) с седативной целью нередко, к сожалению, встречается не только в клиниках общего профиля, но и в психиатрической (наркологической)практике

11.13.5. Противорецидивная терапия

По миновании острых алкогольных расстройств, способных создавать непосредственную угрозу жизни и здоровью больных, при наличии мотивации к дальнейшему лечению предпринимаются меры превентивной терапии, направленной на достижение ремиссии алкоголизма и предупреждение рецидивов. Лечебные меры могут носить лекарственный и нелекарственный характер.

Дисульфирам (тетурам, антабус) является классическим препаратом, предназначенным для лечения алкоголизма, и относится к средствам *аверсшной терапии,* направленной на формирование отвращения к алкоголю. В США препараты, содержащие дисульфирам, принимают, по приблизительным оценкам, от 150 000 до 200 000 человек (Brust, 2004).

Как уже указывалось выше, метаболизм этанола происходит с участием трех основных ферментативных систем: каталазы, микросомальных ферментов печени и системы дегидрогеназ. С участием последних окисление алкоголя протекает в две стадии:

Этанол -> уксусный альдегид (ацетальдегид) -> уксусная кислота (ацетат).

Катализатор первой реакции — алкогольдегидрогеназа (АДГ), катализатор второй — ацетальдегиддегидрогеназа (АДДГ). Дисульфирам подавляет активность АДДГ, что приводит к замедлению превращения уксусного альдегида в уксусную кислоту. Ингибирующее действие последнего на вторую стадию окисления этанола способствует накоплению в организме уксусного альдегида со свойственными ему токсическими эффектами, что приводит к ряду физиологических последствий и вызывает совокупность неприятных ощущений у больных алкоголизмом.

Субъективные проявления и клинические симптомы дисульфирам-алкогольной реакции («ацет&чьдегидного синдрома») развиваются через 5-Ю мин после употребления спиртных напитков на фоне приема препарата. Эти симптомы таковы: артериальная гипертензия; тахикардия; затруднение дыхания; тошнота и рвота; покраснение кожных покровов; боли в области сердца; сердцебиение; пульсирующая головная боль и шум в голове; ощущение жара; слабость; сонливость; головокружение; потливость; нарушение четкости зрения; эмоциональное напряжение; страх смерти.

При тяжелом течении дисульфирам-алкогольной реакции артериальная гипертензия может сменяться значительным снижением артериального давления. Главный недостаток данного метода лечения — высокий риск развития сосудистых катастроф и других опасных осложнений дисульфирам-алкогольной реакции; среди этих осложнений выделим следующие: упадок сердечной деятельности; аритмия; стенокардия и острый инфаркт миокарда; отек легких; внутричерепное кровотечение; судорожные синдромы; острый токсический психоз; обострение эндогенных и экзогенно-органических психозов.

Даже вне взаимодействия с алкоголем дисульфирам проявляет гепатотоксическое действие и способен спровоцировать острый токсический гепатит. Препарат вызывает обострение воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, тромбофлебита и других внутренних болезней.

Повышенный риск осложнений терапии, формирующий широкий круг противопоказаний к назначению дисульфирама, и его сравнительно невысокая клиническая эффективность ограничивают применение данного препарата в наркологической практике.

Сходное с дисульфирамом, но более мягкое фармакологическое действие проявляет *цианамид* (колме). Цианамид менее токсичен, чем дисульфирам. Считается, что его взаимодействие с этанолом сопровождается меньшим риском опасных осложнений, чем дисульфирам-алкогольная реакция. Другой аналог дисульфирама — кальция карбамид, используемый в комплексном лечении алкоголизма в С1JJA и Канаде.

Фармакологические эффекты, обладающие определенным сходством с действием дисульфирама, оказывают метронидазол (трихопол) и левам изол (декарис). Аверсивное действие метронидазола и левамизола выражено слабее, чем у дисульфирама, а общая эффективность лечения алкоголизма этими препаратами невелика.

Антагонисты опиоидныхрецепторов. Один из наиболее часто используемых подходов к противорецидивной терапии алкоголизма — лечение налтрексоном. Под влиянием наптрексона позитивные эффекты, вызываемые употреблением спиртных напитков, ослабляются. Благодаря этому снижается положительное подкрепляющее действие алкоголя и уменьшается влечение к нему. Исследования оценки эффективности налтрексона в лечении алкоголизма имеют противоречивые результаты. В ходе двух двойных слепых исследований налтрексон демонстрировал более высокие, чем плацебо, показатели уменьшения частоты употребления алкоголя и увеличения продолжительности периодов воздержания (O'Malley eta!., 1992; Volpicelli et al., 1992). Другие исследования показали отсутствие принципиальных различий между налтрексоном и плацебо в противоалкогольной терапии (McCauletal., 1997; Litten, Allen, 1998).

Один из наиболее авторитетных специалистов по алкоголизму, R. F. Anton (1999) считает налтрексон эффективным препаратом для мотивированных на лечение больных алкоголизмом без признаков тяжелой зависимости и достаточным уровнем социальной адаптации.

Собственный клинический опыт авторов настоящей главы показывает, что длительный прием наптрексона пациентами, страдающими алкоголизмом с безремиссионным типом течения, в ряде случаев позволяет добиться значительного снижения потребления алкоголя.

Наряду с налтрексоном в лечении алкоголизма используется близкий к нему по фармакологическим свойствам, но обладающий менее выраженным гепатотоксическим действием налмефен.

Акампросат. Противорецидивная терапия с применением акампросата относится к наиболее новым методам лечения алкоголизм и имеет непродолжительную историю. Акампросат — препарат синтетического происхождения, обладает структурным сходством с ГАМК и является антагонистом NMDA-рецепторов. Предполагается, что фармакологические эффекты акампросата обусловлены его ГАМКергическим и антиглутаматергическим действием, а также угнетающим влиянием на вольтаж-зависимые кальциевые каналы (Johnson, Ait-Daoud, 2000).

В эксперименте с использованием лабораторных животных показано снижение употребления алкоголя под действием акампросата без существенного влияния на потребление воды и пищи. Кроме того, выявлено ослабление рефлекторных реакций на этанол у животных с экспериментально обусловленной алкогольной зависимостью (Wilde. Wagstaff, 1997).

Клинические исследования, проведенные в 11 европейских странах с участием 4500 больных алкоголизмом, показали значительные преимущества препарата по сравнению с плацебо на основе анализа таких показателей, как степень завершенности лечебных программ, средняя продолжительность периода между началом лечения и первым употреблением алкоголя, общая длительность периода трезвости (Mason, Ownby, 2000).

Общая клиническая эффективность акампросата как средства противоалкогольной терапии выше, чем дисульфирама и налтрексона (Brust, 2004).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. В лечении алкоголизма антидепрессанты данной категории в первую очередь применяются в отношении пациентов, у которых алкогольная зависимость сочетается с аффективными расстройствами. В основе данного подхода лежит представление о дисфорических состояниях у наркологических больных и вторичных формах влечения к ПАВ (в том числе к алкоголю) как о серотонинергической дисфункции (Рохлина, Козлов, 2001; Gerra et al., 1995; Schmidt, 1997).

Результаты многочисленных исследований клинической эффективности флуоксетина, сертралина, пароксетина, циталопрама и других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в лечении алкоголизма имеют противоречивый характер. Отмечено, что систематический прием некоторых СИОЗС мотивированными к лечению больными приводит к уменьшению потребления алкоголя на 10-20% (Naranjo et al., 1990; Gorelick, Pardes, 1992), однако принципиальные возможности эффективного влияния препаратов данной группы на тяжелые формы алкоголизма подвергаются сомнению (Johnson, Ait-Daoud, 2000).

Комбинированная терапия. Комбинированная терапия приобретает особое значение при лечении неблагоприятных форм алкоголизма, а также алкогольной зависимости, коморбидной с психическими заболеваниями. В некоторых случаях полного (достижение продолжительной ремиссии) или частичного (уменьшение потребления алкоголя) эффекта удается достичь при одновременном назначении больным налтрексона и акампросата.

При наличии сопутствующих пограничных психических нарушений в схемы лечения вводятся психотропные средства: нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные препараты (в качестве средств нормотимической терапии), а также транквилизаторы.

Комбинированная терапия алкоголизма требует тщательного лабораторного контроля функции печени в связи с возможной суммацией гепатотоксических эффектов применяемых в лечебных схемах лекарственных средств.

Нелекарственные методы лечения алкоголизма. Большую роль в системе лечения алкоголизма играет психотерапия. Необходимость использования психотерапевтических подходов определяется тем, что первичные формы влечения к алкоголю (как и к любым другим ПАВ) представляют собой фармакорезистентный психопатологический феномен и плохо поддается лекарственному воздействию. Методы психотерапии в лечении алкоголизма достаточно разнообразны. В качестве одного из эффективных подходов рассматривается когнитивно-поведенческая терапия (Менделевич, 2005).

Методы психотерапии служат полезным дополнением медикаментозного лечения алкогольной зависимости. В некоторых случаях продолжительное воздержание от алкоголя достигается исключительно нелекарственными способами. Если в наркологической или психиатрической клинике психотерапия проводится с участием психологов или врачей-психотерапевтов, необходимо, чтобы их работа с пациентом не приходила в противоречие с психологическими установками, формируемыми у пациента лечащим врачом.

Для российской наркологии характерно широкое использование специальных психотерапевтических плацебо-процедур, ориентирующих больных на фиксированные сроки

(обычно от одного года до нескольких лет) воздержания от алкоголя. Недостатки этой стратегии определяются отсутствием научной основы используемых методик, их нередкой профанацией (во многих случаях проводимые плацебо-процедуры имеют низкий терапевтический потенциал), а также юридической уязвимостью подобных методов лечения. Необходимо также отметить, что противоалкогольные процедуры часто проводятся врачами, не имеющими психиатрической или наркологической квалификации.

В. Д. Менделевич (2005), оценивая практику активного применения плацебо-процедур в лечении алкоголизма и других болезней аддиктивного круга, справедливо указывает на опасность превращения наркологии в «кодирологию».

ЛечеЛе алкоголизма с применением кетамина. Особое место в системе лечения алкоголизма занимают специальные методики, основанные на использовании кетамина. Приоритетные разработки в этом направлении и обширный опыт клинического применения метода принадлежат Е. М. Крупицкому и А. Я. Гриненко (1996). Кетамин (калипсол, кеталар) относится к средствам для неингаляционного наркоза и принадлежит к категории общих анестетиков. Кетамин является антагонистом NMDA-рецепторов и подавляет возбуждающие эффекты глутамата. Предполагается, что кетамин обладает также сродством с дофаминовыми рецепторами и сигма-рецепторами, чем, возможно, объясняются его психотомиметические эффекты. В химическом отношении кетамин представляет собой стереоизомер галлюциногена *фенциклидина,* чем и объясняются его психотомиметические свойства.

Особенностью фармакологического действия кетамина является т. н. *диссоциативная анестезия* — особое состояние сознания, создающее возможности для суггестивного воздействия и, возможно, лечебного влияния иной, требующей уточнения, природы.

Опыт применения кетамина по основному назначению — в анестезиологической практике — показывает, что у больных алкоголизмом чаще, чем у психически здоровых лиц, в ходе кетаминового наркоза возникают обильные зрительные галлюцинации. В большинстве случаев острый токсический психоз, развивающийся под действием препарата, имеет определенное сходство с онейроидной кататонией. Довольно редко под действием кетамина развивается сумеречное состояние с эпилептиформным возбуждением, в некоторых случаях — с выраженной агрессией. Фармакогенная психотическая симптоматика носит транзиторный характер, легко устраняется нейролептиками и часто исчезает самопроизвольно, по мере прекращения фармакологического действия кетамина. Общая продолжительность состояния измененного сознания обычно не превышает 20 минут.

Е. М. Крупицкий и А. Я. Гриненко (1996) разработали метод аффективной контратрибуции как основной подход к стабилизации ремиссии алкоголизма, основанный на использовании кетамина. Метод основан на формировании у больных трезвеннических установок с помощью суггестии, проводимой на фоне особого состояния сознания, и образования условно-рефлекторных связей. Один из компонентов терапии — близкое к катартическому переживание больным проблемы собственного злоупотребления алкоголем и опасных последствий этого злоупотребления.

Психоделическая терапия с помощью кетамина, дополняющая психотерапевтическое лечение алкоголизма, позволяет добиться более высоких показателей воздержания от алкоголя, чем психотерапевтическое лечение, не сопровождающееся психоделическим воздействием (Krupitsky, Grinenko, 1997; цит. по Brust, 2004).

Применение психотерапевтических подходов, основанных на использовании кетамина, позволяет также повысить эффективность лечения опиоидной (героиновой) зависимости (Krupitsky et al., 2002; Крупицкий, 2006).

11.14. Профилактика алкоголизма

Главная цель профилактической (превентивной) работы в области наркологии — уменьшение появлений новых случаев злоупотребления и зависимости от ПАВ.

Профилактическая работа в первую очередь проводится в социальных группах высокого риска, составляющих следующий перечень: потомки больных алкоголизмом; подростки; безработные и лица с недостаточной занятостью; лица, принадлежащие к криминальной среде; представители меньшинств; мигранты; лица, страдающие различными психическими расстройствами; жертвы катастроф.

Основные факторы, предрасполагающие к злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ, можно разделить на генетические, социальные, средовые, психологические и психопатологические. У каждой из перечисленных групп риск развития алкоголизма определяется действием одного, двух или нескольких факторов. С учетом этих факторов и должна проводиться профилактика аддиктивных расстройств.

Один из наиболее важных компонентов профилактики — активная работа с детьми людей, больных алкоголизмом, степень риска развития алкогольной зависимости у которых определяется тяжестью наследственного отягощения аддиктивными расстройствами. В профилактической работе важно учитывать возможность наследования не только предрасположенности к аддиктивным заболеваниям, но и личностных характеристик, предрасполагающих, в свою очередь, к формированию пограничных психических расстройств и к злоупотреблению ПАВ.

В 1992 г. расходы, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотиками в США, составили 3,4 миллиарда долларов. 8% этой суммы пришлось на административные расходы, 15%— на лечение больных и 77% — на профилактику аддиктивных расстройств (O'Brien etal., 1999).

11.15. Подходы к метаболитной и энзимной терапии в наркологии

В настоящее время мы не только получаем все новые и новые доказательства жизнеспособности самой идеи *энзимодиагностики* в наркологии, но и имеем основания для дальнейшего развития и использования энзимных методов в профилактической, корректирующей и исцеляющей медицине.

Энзимотерапия — направление в терапии, опирающееся на ключевую роль ферментов в молекулярных механизмах адаптации и развития предпатологических и патологических состояний и заболеваний. Известна не только роль ферментов в транспортных, синтетических, катаболических процессах, в энергообеспечении клеток и органов, но и их недавно открытая уникальная способность передачи информации к генетическому (транскриптирующему) аппарату в ядрах клеток. Таким образом объясняется реализация информационно-волновых эффектов на уровне межклеточного взаимодействия (Бурлакова, Конрадов, Мальцева, 2003; Чернобровкина, 2004). Доказано, что целенаправленное участие ферментов в этих процессах может обеспечить длительную, поэтапную и даже быструю, мгновенную адаптацию на молекулярном, клеточном, системном и целостном организменном уровне (Хочачка, Сомеро, 1977).

К широко известным, классическим примерам энзимотерапии относятся применение ферментов в лечении врожденных ферментопатий (например, фенилкетонурии, гомоцистинурии), общее и местное использование ферментов при лечении заболеваний воспалительного характера (тромбофлебитов), заболеваний с аллергическим компонентом, с нарушением микроциркуляции, а также энзимная коррекция дисфункцио-

нальных расстройств поджелудочной железы при хроническом панкреатите и диабете, коррекция иммунодефицитов при многих заболеваниях — онкологических, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах (Конышев, 1985).

Каковы же основания и перспективы использования метаболитных средств и энзимотерапии в практической наркологии? Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо обратиться к механизмам патогенеза и клинике заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ).

11.15.1. Механизмы потребностного поведения в обосновании применения метаболитной и энзимной коррекции и терапии химических зависимостей

В настоящее время общепризнана сложная био-социо-генетико-духовная природа заболеваний, связанных с зависимостями. Предполагается, что в структуре нарконаправленного поведения, конечная цель которого — восстановление и поддержание гомеостаза, имеются социальный и биологический (в том числе и генетический) компоненты, а в преморбиде алкогольной зависимости или наркомании очень важна индивидуальная конституция, отражающая сомато-эндокринный фон человека (Пятницкая, 1974; Москаленко, 2001). Еще Э. Кречмер обнаружил корреляцию между особенностями структуры тела и пищевыми предпочтениями человека. Но что первично, а что вторично в вопросе пищевых предпочтений человека?

Биохимическая энзимология прочно заняла свое место в фундаментально-прикладной науке о зависимостях — аддиктологии. Известно также, что механизмы многих заболеваний могут быть поняты через биохимические изменения. Более того, изменения поведения ферментов (ферментопатии) представляют то звено патогенеза, которое либо объединяет разные патологии (их общий радикал), либо отличает различные специфические случаи (Чернобровкина, 2005).

По сути, все клинические состояния при заболеваниях, связанных с зависимостями, это обратимые или необратимые нарушения, «сбои» в функционировании отдельных энзимов (ферментов), энзимных комплексов и их концентрационных соотношений. Так, описаны биохимическая синдромология абстинентного состояния, биохимические механизмы аверсивного состояния, толерантности, биохимия влечения, биохимия органопатологии. Все эти феномены отражают процессы физиологической (биохимической) адаптации отдельной системы или организма в целом к экстремальным условиям, в которых пребывает организм наркозависимого: это стрессы разовой или хронической интоксикации, стресс влечения, стресс отмены предпочитаемого препарата, стресс реадаптации.

В описаниях молекулярной сущности наркологических заболеваний, данных многими авторами, общий радикал, во-первых, биохимический по своей природе и, во-вторых, *имеет физиологическую и патофизиологическую сущность.* Физиологическая сущность— это потребностное поведение. Патофизиологическая составляющая сводится к *нарушению эндоэкологии,* что определяется смещенным относительно нормы состоянием концентрационного и функционального баланса биомолекул. Неслучайно поэтому в определениях наркологических заболеваний на одно из первых мест разными специалистами выдвигается определение зависимости как состояния нарушенной адаптации, хронической интоксикации, хронического химического стресса, состояния экологического (метаболического) неблагополучия, *эндотоксикоза* (Кершенгольц, Ильина, 1998). Неслучайно, по-видимому, сторонниками метаболитной концепции зависимости и метаболитной терапии алкоголизма были и являются видные отечественные

ученые, биохимики и фармакологи: академик Ю. М. Островский, профессора А. Е. Успенский, А. Е. Сытинский, И. А. Комиссарова. Каждый из них ставил вопрос: можно ли и каким образом биохимию предпочтения к алкоголю перевести в биохимию предпочтения, например, к воде? И каковы причинно-следственные связи в конфликтной ситуации: стрессовая ситуация провоцирует потребление алкоголя или наоборот? Мы также считаем, что необходимо прицельно обсудить вопросы взаимоотношения культуры питания, диетики как науки и алкогольной зависимости с точки зрения участия эндо- и экзоэкологии в проблемах здоровья населения.

Болезни химической зависимости имеют циклический, рецидивирующий характер. Но причины и продолжительность рецидивов не определяются однозначно. Их частота (периодичность) и тяжесть непредсказуемы и плохо прогнозируемы, что отчасти разоружает врача и определяет высокий риск безуспешности в работе с наркозависимым. Необходимо знание объективных критериев-предвестников срыва ремиссии или степени ее устойчивости. Для этого надо четко представлять сценарий молекулярных перестроек в организме, приводящих к патологической потребности в алкоголе, несдерживаемой никакими волевыми усилиями личности больного.

Нам представляется, что *концепция эндотоксшоза* — одна из наиболее подходящих для воплощения идеи общего знаменателя разнообразных нозологии, включая и заболевания наркологического профиля (Артемчук, 2004). Согласно этой концепции, яды экзогенного или эндогенного происхождения вмешиваются в работу *метаболитных депо* и в архитектонику *метаболитных качелей,* что представляет собой движущие механизмы возникновения и становления потребностного поведения и состояний зависимости, например зависимости от алкоголя и различных наркотиков.

Решение проблемы наркотической зависимости как влечения к наркотику и как разновидности *потребностного поведения* с позиции теории эндоэкологии упирается в нание биохимии обмена, балансных отношений субстратов-метаболитов, биохимии

Рис.6

фермент-субстратных взаимоотношений в актах потребностного поведения. По мнению специалистов по вопросам питания и сторонников метаболитной концепции влечения к потреблению ПАВ, очевидно, что *организм как саморегулирующаяся система реализует свое потребностное поведение целенаправленно,* т. е. на результат, а именно — на добычу субстрата, необходимого для закрытия какой-либо «ниши» или для выравнивания гомеостатических весов-качелей, пополнения истощающихся депо субстратов, медиаторов и т. д. Это положение подтверждается (воспроизводится) и в модельных опытах с животными при изучении их пищедобывающего поведения, а также в экспериментах с пищевой нагрузкой на людях-добровольцах. Так, было показано, что при обнаружении интерорецепторами т. н. *метаболического неблагополучия,* животные сами добровольно меняют рацион (Конышев, 1985).

Известна неспецифичность феномена метаболического неблагополучия, которое развивается, например, после облучения, голодания, стрессов, при некоторых психических расстройствах и заболеваниях. При злоупотреблении ПАВ также описан метаболический дисбаланс и хронический метаболический стресс (Кершенгольц, Ильина, 1998) с формированием нового «наркоманического» гомеостаза. С другой стороны, встает вопрос: почему при лишении человека привычного ПАВ (в состоянии отмены ПАВ) у зависимых меняется отношение к еде, противоположному полу, меняется эмоциональное настроение, поведение, сон и т. д.? Не потому ли, что задействованы одинаковые (одни и те же) нейрохимические процессы в подкрепляющих центрах, участвующих в формировании и реализации многих потребностных мотиваций? И метаболическое неблагополучие (дефицит субстратов или голодание рецепторов) в этих центрах может вызывать неспецифические (разлитого характера) последствия.

Иаркоманический гомеостаз подразумевает становление и закрепление новых соотношений метаболитов и изменение всей архитектоники метаболизма у зависимых от ПАВ людей на новых — надфизиологическом (или предпатологическом), а затем патологическом уровнях. В начале наркотизации перестройки компонентов гомеостаза представляют собой приспособительный, адаптационный ответ организма на смещенное окислительно-восстановительное состояние клеток и всего организма в целом. Новый гомеостаз может рассматриваться как следствие адаптации организма к систематической нагрузке ПАВ, итог индуцированных ПАВ перестроек саногенетических, детоксицирующих реакций ввиду потребности в ускоренном выведении из организма чужеродных веществ и их метаболитов. Новый «иаркоманический» гомеостаз — это новый уровень эндоэкологии и одновременно — причина и движущий механизм периодически обостряющегося патологического влечения.

Поскольку цель адаптации на биохимическом уровне — компенсация каких-то субстратных сдвигов и потерь и предотвращение или нивелирование соответствующих функциональных перестроек, превышающих нормальные физиологические колебания, то очевидно, что в процессе адаптации принимают участие ферменты, задействованные в обороте или транспорте этих субстратов (метаболитов, компонентов гомеостаза). В таком случае средствами купирования нарушенной адаптации могут быть как сами субстраты, пребывающие в дефиците, так и ферменты, участвующие в их обороте (транспорте). Отсюда берут свое происхождение *метаболитная* и *ферментная* терапия. И это один практически важный вывод. Второй важный для наркологии вывод состоит в том, что принцип заместительной терапии не порочен сам по себе. Он имеет право на существование, т. к. оправдан биологически. И дискуссия по этому вопросу должна вестись с критических, но не с негативистских позиций, и не по отношению к понятиям «заместитель» и «терапия», а только по отношению к природе предлагаемого заместителя ПАВ.

Таким образом, в основе влечения к ПАВ может лежать бессознательное стремление, с одной стороны, повторить подкрепляющий позитивные эмоции эффект ПАВ, а с другой — вернуться в нормальное метаболическое (гомеостатическое. онтогенетически запрограммированное) состояние, которое было смешено под влиянием употребления ПАВ, а затем повторно нарушено при его отмене (Ашмарин, Королева, 2004). Нельзя исключить, что, подобно тому, как в процессе онтогенеза организм приобретает и хранит полезную информацию об особенностях питания и передает ее по наследству из поколения в поколение, так и при употреблении ПАВ путем изменения экспрессии генов запоминается факт контакта с экзогенным субстратом. Здесь подключаются и ферменты, и иммунокомпетентные клетки-антитела. В экспериментальных и медико-генетических исследованиях приводятся многочисленные доказательства подобного механизма.

Известно, что животные сами способны контролировать и выбирать пищу с оптимальным содержанием не только строительных, но и энергетических компонентов (Скугаревский, Скугаревская, 2004). Но при этом физиологи установили, что саморегулирующееся поведение у здорового и у наркозависимого, как условнорефлекторный процесс, в свою очередь, имеет форму квантированных пачкообразных стимулов, изменяющихся под влиянием экологии (Анохин. 1948; Раевский, 2002). Именно *биохимическая экология* диктует избирательные объединения тех или иных структур организма в жизненно важных функциональных системах. Они называются *осцилля торными депо-системами* или *метаболитными качелями* (Тараненко, 2000).

Таблица 6

Ведущие биохимические признаки наркоманического гомеостаза (профили энзимограмм крови) с учетом клинического патоморфоза и динамических фаз алкогольной болезни

Формы	Начальная стадия	Развернутая компенсаторная стадия	Терминальная декомпенсированная стадия
Кардиальная форма	*Преходящие колебания* активности **КФК**	Стойкие изменения активности **КФК,** АСТ, ЛДГ, уровня К* и липидов	Стойкие изменения активности **КФК,** ЛДГ, уровня K^+. липидов
Гепатическая форма	*Преходящая гиперферментемия* ГГТ, АСТ, АЛТ и уровня мочевой кислоты	Более устойчивые в динамике *гиперактивность ферментов печеночного спектра* и нарушения соотношения липидов со снижением *индекса атерогенности (ИА)*	*Стойкие ферментопатии,* характерные для синдрома цитолиза и гипофункции печени. Изменение показателей липидного, пигментного, азотистого, пуринового обмена.
Гепато-кардиадьная форма	*Преходящая гиперферментемия* ГГТ, АСТ, АЛТ и изменение уровня мочевой кислоты	Стойкая гиперферментемия **КФК,** печеночных ферментов, ***дислипидемия*** с повышением ИА	*Разнонаправленные* изменения активности КФК. АСТ. АЛТ, повышение активности **ГДГ.** *Дислипидемии.* характерные для склерогенной формы ИБС
Энцефалопатическая форма	*Относительная гипо ферме п тем и я ПТ.* появление в крови мозгового ***изо****фермента КФК-ВВ*	Стойкая и *значительная гиперферментемия КФК-ВВ,* изменение уровня фосфолипидов	*Сниженная активностьГГТ.* липидемия и «утечка» *мозговой фракции КФК*

Существуют аргументы в пользу аналогичного механизма, обеспечивающего способность подсознательно выбирать пищу, и у человека. Эта система эволюционно закреплена в онтогенезе млекопитающих, и, хотя выбор еды человеком всегда осуществляется в зависимости от условий жизни и от возраста, при этом используется резерв биологической памяти (Андяржанова, Ойя, Сарансаари, Раевский, 2004).

Таким образом, теоретически вероятно, что у наркологических больных энзимотерапия может использоваться для восстановления экзо-эндоэкологических взаимоотношений, нарушенных в результате стресса систематической интоксикации организма и в ситуациях стресса синдрома отмены. Рассматривая пути и характер нарушения экзо-эндоэкологического равновесия у зависимых от ПАВ, отметим следующие биохимические метаболические перестройки и поломки, служащие основанием для энзимной и метаболитной коррекции: 1) оксидативный стресс (вызван смещением редокс-баланса при НАД(Ф)-зависимом окислении ПАВ; 2) гипоксия, вызванная конкуренцией за кислород; 3) минеральный дисбаланс; 4) дефицит витаминов группы В; 5) накопление продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ); 6) сдвиг соотношения лактат/пируват; 7) сдвиг соотношения р-оксимасляная кислота/лейцин; 8) дисгармоничное соотношение АДГ/АльДГ; 9) гистаминемия (абсолютная или относительная); 10) дислипидемия; 11) кетоацидоз; 12) гипер- или гипогликемия; 13) гиперурикемия; 14) снижение уровня эндогенного этанола (ЭЭ); 16) снижение уровня эндогенного ацетальдегида (ЭАЦА); 17) истощение депо катехоламинов (наряду со снижением их в циркулирующем русле).

Основанием для метаболитной терапии (аргументом важности поддержания гомеостаза) могут быть также встречающиеся в клинической практике устойчивая резистентность к традиционным методам лечения и острые психозы как осложнения неадекватно примененной инфузионной терапии. Причина таких осложнений — назначение различных нейролептиков и их бессвязных сочетаний (например, назначение трициклических антидепрессантов и других холинолитиков). Для выведения из этих состояний используются: массивное введение ноотропов, витаминотерапия, форсированный диурез, дезинтоксикация плазмаферезом.

Все вышеперечисленные биохимические следствия острых или хронических эффектов ПАВ в организме имеют диагностическое и прогностическое значение, а также представляют собой элементы некоего нового гомеостаза *(наркоманического гомеостаза)*, питающего (поддерживающего) патологическую доминанту — влечение к ПАВ.

Исходя из нейрометаболической концепции механизма формирования зависимости от ПАВ, изложенной в работах зарубежных и отечественных авторов, ПАВ нарушают все процессы генерации и передачи на расстояние тормозящих и возбуждающих импульсов на уровне синаптических образований нервной системы. Восстановление нарушенного баланса нейроактивных субстратов — один из альтернативных путей терапевтического вмешательства.

Главная цель при этом — восстановить равновесие и перевести организм на соответствующий уровень адаптации, чтобы не допустить срыва ремиссии или развития коморбидной патологии. Но нельзя забывать, что медикаментозная терапия может дополнительно менять гомеостаз. Поэтому важно максимально щадящими для организма средствами восстановить нарушенное ПАВ равновесие в экосистеме и предотвратить развитие психоза и других осложнений в результате эндотоксикоза.

Вероятно, можно попытаться «гасить» диспропорциональные и дефицитарные состояния самими субстратами или их предшественниками, или ферментами, способными отрегулировать процессы эндогенного синтеза и утилизации и скорректировать баланс.

11.15.2. Метаболиты и биопрепараты, используемые как потенциально эффективные в наркологической практике

Какие средства и способы пригодны в этих целях? Прежде всего, необходимо напомнить, что имеется очень много эндогенных субстратов, обладающих нейробиологической активностью или имитирующих таковую. Известно о существовании класса или систем *возбуждающих аминокислот,* способных так же, как и нейропептиды, регулировать пептидергические структуры мозга, что значимо в определенных клинических состояниях — интоксикации, абстиненции. Например, подавление или активация систем возбуждающих аминокислот является одной из причин изменения активности норадренергических нейронов ряда структур мозга — механизма патогенеза абстинентного синдрома (Артемчук, 2004).

Учитывая эти гомеостатические, эндоэкологические механизмы развития клинических состояний при аддиктивных заболеваниях, рассматривается несколько принципов или методических подходов с лечебной и терапевтической целями.

Группа методов т. н. *биохимической антиабстинентной терапевтической интервенции,* среди средств которой гормоны, пептиды, аминокислоты занимают важное место (Балашов, 2004).

1. Группа методов *детоксикационной терапии,* куда входят: 1) метаболиты, способные химически обезвреживать ПАВ или их токсические метаболиты (прямые инактиваторы и лигандирующие вещества как антидоты ПАВ); 2) вещества, опосредованно ускоряющие выведение ПАВ и их токсические производные — индукторы окислительных ферментов и антиоксиданты; мембраностабилизирующие средства.

2. Группа методов *противорецидивной терапии,* куда включены: 1) метаболитные средства, обладающие нейромедиаторной активностью и способные «снимать напряжение» голодных нейрорецепторов в условиях дефицита или истощения депо эндогенных субстратов; 2) средства-модуляторы и модификаторы общей резистентности; 3) антиоксиданты и мембраностабилизаторы.

Таблица 7

Применение средств метаболитной и ферментной биокоррекции в наркологии

ЦЕЛЬ —ЛЕЧЕНИЕ	
Средства биохимической антиабстинентной терапевтической интервенции	Вещества, стимулирующие ГАМКергическую нейропередачу (аминокислоты глутаминовой группы: ГАМК. глутамин, аспарагин и аспарагиновая кислота). Возбуждающие аминокислоты (регулируют пептидергические структуры мозга, изменяют в нужную сторону, оптимизируют активность НАергических рецепторов). Нейропептиды (субстанция Р, вазопрессин, окситоцин)
Средства аверсивной терапии	Грибы-копринусы («зонтики» в простонародье). Фиточаи (на основе чабреца, зверобоя). Препараты флавоноидов, каприм (на основе вытяжки из виноградной лозы)
Средства детоксикации и отрезвления	Унитиол (универсальный лиганд SH-ловушка: связывает радикалы, пероксиды). Вега-плюс. Антигистаминные средства из натуральных источников (устраняют эффекты гистаминовой интоксикации: головную боль, вегетативные и аллерги-

Окончание табл. 7

	ческие реакции, сердечные дизритмии, желудочно-кишечный дискомфорт и др.). Медихронал (повышает уровень НА в гипоталамусе и среднем мозге, снижает уровень серотонина в гипоталамусе, т. е. оптимизирует баланс биогенных аминов). Дельтаран (средство на основе пептида сна, повышает общую резистентность организма, в т. ч. толерантность к алкоголю)
ЦЕЛЬ — ПРОФИЛАКТИКА	
Средства имму-но-коррекции и повышения общей резистентности	Эпсорин. Дельтаран (средство на основе пептида сна. повышает общую резистентность организма, в т. ч. толерантность к алкоголю)
Средства, снижающие органотоксичность (протекторы органопатологии)	Липоевая кислота, препарат Берлитион (обладает мембранопротекторными свойствами, оптимизирует реакции адаптивного роста тканей). Рибоксин (энергообменный регулятор синтеза АТФ). Селен (снижает нейротоксичность ПАВ). Церулоплазмин (эффективен в профилактике алкогольного поражения сердца). Преднизолон (эффективен при лечении поражений печени)
Средства поддерживающей терапии (улучшающие длительность и качество ремиссионного периода)	Низкомолекулярные регуляторы (оптимизаторы) гомеостаза: глицин, лимонтар. Витамины С, Е, группы В (действуют как мембранопротекторы. кофакторы ферментов). Обогащенная белками диета (поставщик субстратов нейрорецепторов. устраняет «метаболитный голод» и потребностное напряжение). Субстраты метаботропных рецепторов — ГАМК. аспарагиновая кислота, глицин, таурин (снимая «голод» рецепторов, предотвращают рецидив)

Способы немедикаментозной биологической терапии включают преимущественно пероральное и инфузионное введение твердых композитных смесей и жидких препаратов. Практикуются и нетривиальные пути биокоррекции. В частности, есть сообщения об использовании *методов локального введения нейроактивных аминокислот в различные участки головного мозга* как альтернатива методам разрушения определенных структур ЦНС. Так, в состоянии абстиненции возрастает высвобождение глутамата и аспартата во многих структурах мозга. Поэтому оправдано использование *метода своеобразных фармакологических «зондов» для рецепторов,* задействованных в формировании синдромов абстиненции, толерантности, влечения, например, для *метаботропных глутаматныхрецепторов.* Так, глицин представляет собой типичный субстрат глициновых метаботропных рецепторов.

Кроме того, выявлена антиабстинентная активность у веществ, усиливающих ГАМК-ергическую нейропередачу. Так, например, 1,4-бензодиазепины, имидазо-бензодиазепинмидазолам, ГАМК-позитивные средства (фенибут, депакин, мусцимол) активируют ГАМК-передачу, воздействуя на различные участки комплекса «ГАМК-бензодиазепин-хлорный канал».

Экспериментально показано, что медиаторной активностью в синапсах обладают:

• *аминокислоты глутаминовой группы* действуют как нейромедиаторы и модуляторы, энергообеспечители, детоксиканты: глутаминовая кислота; аспарагиновая и Н-ацетиласпарагиновая кислоты; ГАМК; глутамин;

• *ароматические аминокислоты* — источники катехоламиновых нейромедиаторов: тирозин (предшественник ДОФА и дофамина с участием ферментов; тирозин-3-гидроксилазы и ДОФА-декарбоксилазы); триптофан (предшественник серотонина с участием триптофан-5-гидроксилазы); гистидин (предшественник синтеза гистамина с участием специфической и неспецифической декарбоксилаз);

• *серосодержащие аминокислоты:* таурин (слабый Р-адренергический агонист, активирует высвобождение норадреналина, повышает синтез дофамина, подавляет захват и освобождение Са 1+ синаптосомами мозга);

• *монокарбоновые аминокислоты:* глицин функционирует как ингибиторный медиатор, главным образом в спинном мозге; предшественник этаноламина и эндогенного этанола; синтезируется в мозге из глюкозы и серина с участием оксиметилтрансферазы;

• *пептиды* выполняют регуляторную роль, участвуя в синаптической и дистантной передаче нервных импульсов, выступают как модуляторы других медиаторов; обеспечивают психосоматические взаимодействия (Ашмарин, 1999): опиоидные пептиды; холецистокинин; ангиотензин; брадикинин; окситоцин; тиролиберин; кортиколиберин; бомбезин; ангиотензин; вазопрессин; субстанция Р; соматостатин; люлиберин; нейропептид Y и другие;

• *пуриновые нукпеотиды:* АТФ — медиатор в синапсах вегетативных нервов гладких мышц, функционирует через Са1+-каналы; аденозин—тормозящий нейромодулятор, действует через метаботропные рецепторы, опосредованно через К+- и Са1+-ионные каналы.

Помимо собственной нейромедиаторной активности самих аминокислот, известна также их опосредующая роль в поддержании функционального состояния (тонуса) звеньев вегетативной нервной системы. Так, уровень ароматической аминокислоты триптофана влияет на процессы синтеза серотонина и мелатонина в организме, что, в свою очередь, во многом определяет аффективную симптоматику у алкогользависимых пациентов.

Аминокислоты рассматривают также в качестве источников лактата и пирувата — предшественников эндогенных ацетальдегида и этанола, которые служат альтернативным медикаментозному способом подавления или предотвращения влечения к алкоголю.

Все вышесказанное позволяет заключить, что, вероятно, качественная и количественная адекватность питания, характер используемой пищи по составу белков, углеводов может влиять на интенсивность синтеза и транспорт необходимых аминокислот в мозг и, соответственно, определять психоневрологические расстройства в отдельных клинических состояниях.

Рис. 7. Пути (I и II) восполнения и формирования резерва 2-углеродных эквивалентов (по Ю. Островскому) как альтернатива потреблению алкоголя или снятию влечения к алкоголю медикаментозными методами

Показано также, что введение липоевой кислоты — эффективное метаболитное средство на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса (Дудко, Панченко. Пирожков, 2004). Введение глутамата смягчает симптомы аммонийной комы при функциональной недостаточности печени.

Известно, что витамины (аскорбиновая кислота, группы В) участвуют как коферменты в реакциях синтеза нейроактивных аминокислот и метаболитов. Поэтому их адекватная поставка в организм во многом определяет полноценное функционирование отделов нервной системы. Таурин рассматривают как наиважнейший гармонизатор выведенной из равновесия нервной системы. Нетрудно видеть, что все перечисленные методы и средства представляют собой, по сути, разновидность заместительной терапии и малозатратный путь вторичной профилактики. Фармацевтические формы биологически активных добавок и композитных смесей, потенциально эффективных при алкогольной и других видах химической зависимости, приведены в таблице. Необходимо добавить также, что многие из вышеперечисленных метаболитных и энзимных средств рекомендованы как эффективные лечебные и протекторные препараты органопатологических осложнений при химической зависимости.

11.15.3. Ограничения применения метаболитной и энзимной терапии

Воплощение в практику метаболитной и ферментной диеты неоднозначно просто и требует строго дифференцированного подхода и в плане индивидуального подбора биокорректоров, и в плане их дозировки. Какие предупредительные мотивы и ограничения известны на сегодня? Некоторые из них приведены ниже.

Обоснование дифференцированного применения метаболитной терапии и биокоррекции:

I. Особенности биохимической конституции:

I) ацетиляторный тип (скорость окислительного метаболизма); 2) метаболическая и функциональная толерантность к алкоголю (активность АДГ, АльДГ, ГГТ); 3) биоритмологическая организация (сбой или отсутствие у наркозависимых индивидуальной фенотипической категоризации: спринтеры—стайеры, ритмоводители—ритмоведомые, совы—жаворонки и нарушенный внутренний контроль индивидуального «чувства времени». Это обусловливает нарушение фармакокинетики, сбой функционирования т. н. метаболических часов и неспособность фазовой синхронизации при доставке биокорректора к цели).

II. Нарушение эндогенной биорегуляции поддержания субстратного баланса «депо—антидепо» и системы «метаболитных качелей» в конкретный момент времени.

III. Существование принципа гомеопатической доктрины, подразумевающего возможность высокой токсичности даже физиологических субстратов-метаболитов (например, дофамина, гистамина, гамма-оксибутирата и др.).

ГУ Существование принципа функциональной архитектоники (компартментализации депо аминокислот), которая изменяется у людей, зависимых от ПАВ, из-за нарушения барьерных, транспортных и рецепторных функций биологических мембран.

V Измененная реактивность у зависимых от ПАВ (вследствие нарушения питания, всасывания, свойств константности биохимических систем и других. См. пункт I. Например, отмечено, что кишечник алкогользависимого НЕ СПОСОВЕН усваивать пищевые источники фолатов, тиамина и втгамина В,.

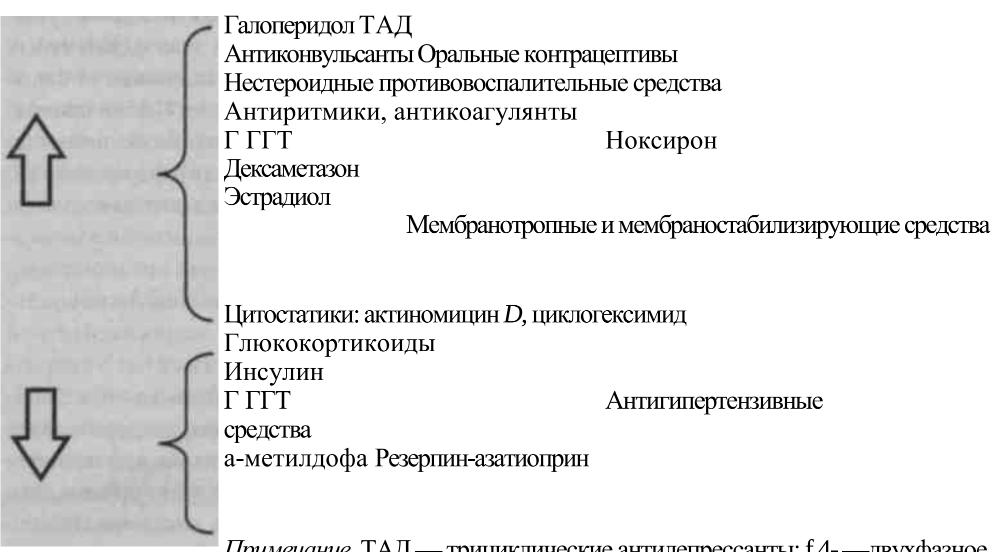
VI. Способность некоторых метаболитов, компонентов биодобавок образовывать высокотоксичные и иммунореактивные комплексы с низкомолекулярными соединениями.

Важно: все перечисленные выше обоснования (I—VI) связаны между собой причинно-следственными взаимоотношениями, игнорировать которые нельзя.

Во-первых, известно, что толерантность к алкоголю, как и, вероятно, к другим ПАВ. определяется соотношением активности участвующих в метаболических превращениях ПАВ ферментных систем: в первую очередь — алкоголь- и альдегиддегидрогеназ. микросомальной этанолокисляющей системы с цитохромом Р-450, а также каталазы, гамма-глутамилтрансферазы и других. Во-вторых, соответственно конституциональным типам (т. н. быстрым или медленным ацетиляторам, спринтерам и стайерам) в норме существует несколько вариантов сочетаний функциональных мощностей этих ферментных систем, что необходимо учитывать и у наркозависимых пациентов. Индивиды —быстрые и медленные ацетиляторы — различаются по скорости метаболизма ПАВ и продолжительности их эффектов, например, по длительности наркотического обезболивающего эффекта, времени сна. А лица с дефицитарной или ригидной формой фермента ГГГ характеризуются низкой толерантностью к алкоголю ибыстропрогредиентным алкоголизмом с тяжелой и многообразной органопатологией, а также — повышенной аллергической готовностью. Поскольку существенный вклад в избирательную органопатологию при алкоголизме обеспечивается функциональной мощностью полифункциональной ферментной системы ГГТ, небезынтересен перечень средств медикаментозной терапии и факторов среды, модулирующих ее активность. В-третьих, известно о биоритмологическом режиме работы «метаболитных клеточных часов», который в норме поддерживается функцией не одного, а целого содружества ферментов и, следовательно, нарушается у больных с зависимостями. С этим невозможно не считаться при назначении энзимо- и метаболитной терапии. В-четвертых, надо принимать во внимание, что избыточные концентрации физиологических метаболитов (дофамина, гистамина) высокотоксичны. Токсичность показана и для других нейроактивных метаболитов: глутамина, глицина. Известна также зависимость нейро- и психоэффективности последнего от состояния гипер- или гипокортизолизма алкогользависимых пациентов. То есть на фоне гипер- или гипофункционального состояния надпочечников у разных пациентов одна и та же доза глицина может вызывать в двух крайних случаях прямо противоположный (тормозящий, успокаивающий или возбуждающий до агрессивности и провоцирующий алкогольную мотивацию) эффект. Следовательно, применяя модификаторы обмена биогенных аминов, необходимо рассчитывать на сохранные регуляторные механизмы поддержания гомеостаза и эндоэкологического баланса. В-пятых, следует принимать во внимание компартментализацию аминокислот в зонах головного мозга, а также специфичность транспортных систем, что определяет, по выражению И. П. Ашмарина с соавт. (2004), принцип «химических адресатов» в технологиях метаболитной терапии. Понятно, что у больных с алкогольной энцефалопатией наверняка нарушены процессы компартментализации и сама архитектоника депо и рецепторного аппарата, отчего может исказиться или вовсе не состояться ожидаемый эффект энзимотерапии.

Таким образом нам представляется, что существование временных и пространственных особенностей передачи сигналов в нейромедиаторных постсинаптических эффектах и функционировании системы «химических адресов» в организме выдвигает ряд очень важных требований и ограничений в вопросе использования метаболитных смесей и биологически активных добавок к пище (БАД). БАД (или композит) не могут утилизироваться организмом со 100-процентной эффективностью, действовать сразу и непосредственно на органы-мишени, они должны быть «узнаваемы» и пройти иммуноло-

гическую «таможню». В то же время понятно, что у большинства наркозависимых больных с сопутствующими функциональными нарушениями печени и почек, других внутренних органов и защитных систем организма «таможенный контроль» снижен или отсутствует. Для прогнозирования эффективности лечения необходимо предусматривать целостность регуляции, осуществляемой гормонами, секретирующихся в кровь, спинномозговую или межклеточную жидкость и циркулируют в них, модулируют состояние клеток-мишеней, на которые направлена энзимная терапия.



Примечание. ТАД — трициклические антидепрессанты; f 4- —двухфазное действие (сначала повышает Т. а затем снижает 4 активность ГГТ) оказывает цитостатик и иммуномодулятор азатиоприн.
Избыточное углеводное питание и жиры снижают, а высокобелковая диета — способствует повышению акгивности ГГТ.

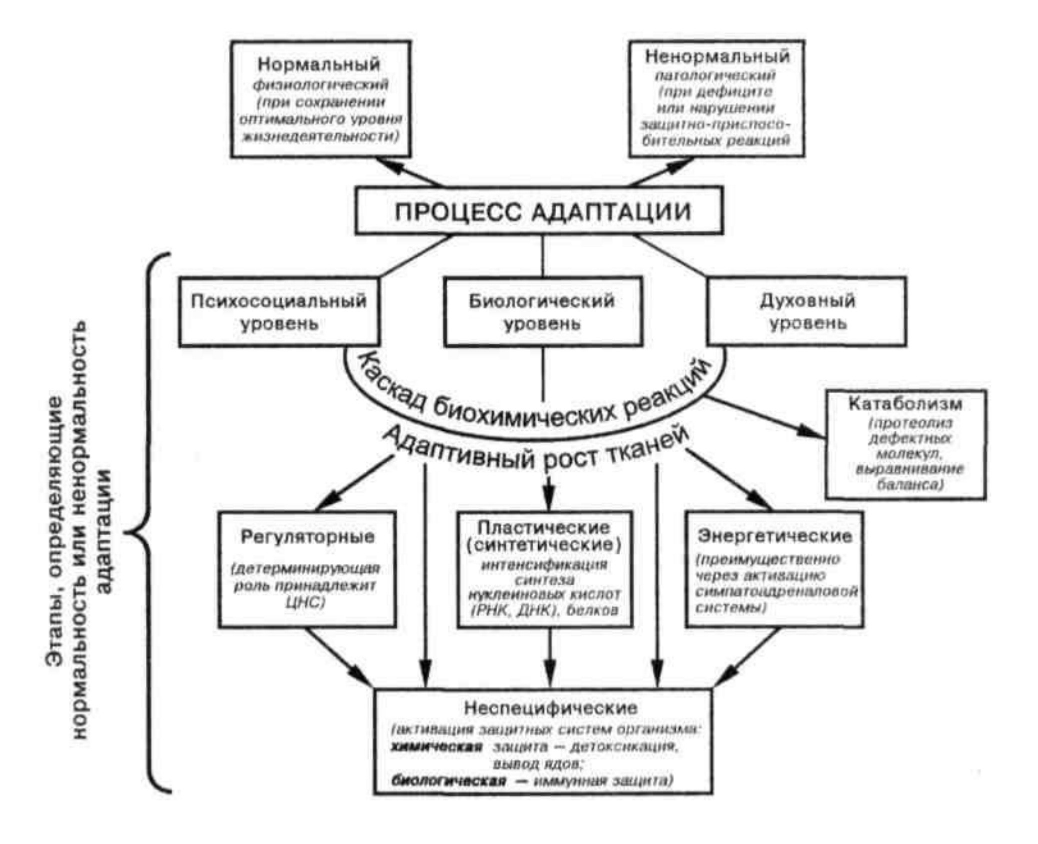
Рис. 8. Влияние некоторых лекарственных препаратов и особенностей питания на активность гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) в крови

11.15.4. Концепция рационального питания и метаболитная терапия

Биохимики и биофизики подчеркивают, что как сложный метаболизм клетки может быть упрощен и сведен к интегральным моделям, так и молекулярный патогенез алкоголизма, любой другой патологии, может быть упрощен, сведен к интегральным формулам. Эти формулы возможно составить для самоорганизующейся системы организма человека, т. к. вся его регуляторная деятельность построена на контроле за движением и распределением *интегральных метаболитных потоков.*

В науке о питании давно существует идея и разрабатывается *концепция рационального питания* с учетом феномена адаптивного роста клеток, тканей и органов. Значительная роль в потребностях организма принадлежит регулирующим системам, способ-

ным получать, накапливать, перерабатывать и направлять информацию для регулирования адаптивного роста. Предполагается наличие взаимосвязи питания и регулирующих систем, получающих информацию о точках депо и направлениях метаболического потока, и существование интегративных показателей метаболического статуса организма — т. н. *метаболитов с интегрирующей ролью* и класса *биомопекуп-переносчжов информации.* То есть допускается возможность некоего дискриминантного образа жизни и питания с доминирующей ролью в алгоритме последнего основных компонентов регуляции гомеостаза, поддержания метаболического статуса организма и его адаптивности. При этом подчеркивается, что адаптивный рост тканей нуждается в избирательной информации о метаболитах с интегральной ролью в организме. В этой структурно-функциональной цепи именно ферментам может принадлежать ведущая роль. Поэтому и сами ферменты, как информаторы, медиаторы и модуляторы ферментов (витамины и микроэлементы с коферментной ролью) могут быть целенаправленно использованы в лечебно-реабилитационной наркологической практике.



Примечание. Разделение специфического и неспецифического механизмов весьма условно — они почти всегда протекают сочетание Принципиальная регуляция тех и других одинакова и сводится к оптимальному функционированию с учетом потока информации от факторов воздействия.

Рис. 9. Общие пути и механизмы адаптации

Примечание. Практически все методы рефлексотерапии, а также метаболитная, энзимотерапия и даже психотерапия действуют на перечисленные выше биохимические и биофизические пути и механизмы адаптации.

Рис. 10. Система контроля чистоты внутренней среды

Интегративность, интегративная роль метаболитов, интегральная информация. В настоящее время требуется содержательная расшифровка этих понятий в прикладном (лечебно-диагностическом) аспекте. Откуда и какую информацию получают регулирующие питание системы организма? Только ли от продуктов питания, плодов и растений? Или и от других источников информационно-волновой природы, способных влиять на системы регуляции гомеостаза изнутри и извне? Что заключают в себе понятия «метаболитный голод», «метаболические болезни», «метаболитная терапия»? Концепции «молекулярных болезней», «энергетических болезней» существовали уже в 1960-е гг. Известно даже понятие «уход за метаболизмом». «Расшифровка» смысла этих терминов и механизмов позволила бы разработать, с одной стороны, математическую модель питания как потребностного поведения организма и с другой — алгоритм коррекции нарушенного питания и управления им, в том числе выправления алкогольного наркоманического гомеостаза и снятия (или погашения) потребностной доминанты — влечения к алкоголю. Вероятно, ошибочная диета может сделать человека алкоголиком: это экспериментально доказано на крысах. Например, известно, что высокий уровень рафинированных углеводов на фоне дефицита витаминов, минеральных солей и белков могут индуцировать тягу к спиртному.

В работах А. А. Артемчука показано, что дисбаланс минеральных компонентов сопровождает алкогольную болезнь и особенно обостряется в периоды предрецидивов и после запоев. Американские диетологи даже рекомендуют *противоалкогольную диету,* что не лишено оснований, учитывая накопленный экспериментальный и практический опыт в области изучения обменных нарушений при хронической алкогольной интоксикации, в медицинской генетике и медицинской энзимологии. Особенности питания, обеспечивающие индукцию метаболитной тяги к спиртному и усугубляющие эффекты алкогольной интоксикации, таковы: *богатая рафинированными углеводами диета* на фоне дефицита белков и минеральных солей (один из возможных механизмов — снижение уровня тиамина и активности транскетолазы, вызываемые глюкозой);

дефицит селена повышает нейротоксические эффекты алкоголя и других психоактивных веществ; *ацетачьдегид, ацетат* ингибируют транспорт тиамина с участием Na,K-АТФазы и синтез пиридоксаль 5-фосфата; *гамма-оксибутират* как нейроактивный субстрат и метаболит очень опасен, т. к. может вызывать кому с остановкой дыхания и летальным исходом, гипотермию; */З-аланин.*

Необходимо подчеркнуть, что энзимотерапия и метаболитная терапия входят в т. н. *базисную терапию* наркологических заболеваний. Базисная терапия в основном предстаагсена методами и средствами, направленными на повышение качества жизни и оптимизацию (восстановление) саногенетических механизмов и естественных процессов саморегуляции организма больного, поэтому имеет решающее влияние на этапах ремиссии и реабилитации. Особенное значение метаболитная и энзимная терапия приобретают в случаях коморбидно отягощенной алкогольной или наркотической зависимости соматическими и неврологическими заболеваниями и осложнениями. Показано, что своевременное назначение необходимых (что выявляется путем клинико-лабораторного исследования по паттернам диагностических и прогностических показателей) метаболитов в виде композитных смесей в составе комплексного лечения больных алкоголизмом ускоряет редукцию большинства клинических симптомов заболевания, повышает адаптационный потенциал и качество ремиссии наркозависимых по сравнению с лечением только традиционными методами патогенетической терапии (Артемчук, 2002-2005). Особую ценность применение комплексной метаболитной терапии имеет у больных с тяжелым коморбидным сопровождением и в состояниях декомпенсации, когда традиционная детоксикационная терапия и медикаментозная интервенция не только малоэффективны, но иногда и противопоказаны из-за нарушения фармакокинетики, развития феноменов синергизма, летального синтеза и парадоксальности эффектов.

Исходя из основополагающих принципов неотложной помощи в наркологии ферменты и метаболиты могут применяться с целью уменьшения вреда. В число приемов такого применения входят: детоксикация путем ферментативного ускорения выведения ядов и метаболитов; восстановление гомеостаза; лечение (снятия симптомов и синдромов) и предупреждение осложнений интоксикации ПАВ.

В качестве теоретической основы для прикладной энзимотерапии перспективна разработка следующих направлений: ферменты и метаболиты в детоксикации при острых и хронических отравлениях ПАВ; ферментная и метаболитная регуляция толерантности; ферментная и метаболитная регуляция влечения; ферменты и метаболиты в поддерживающей и противорецидивной терапии наркозависимостей; ферментная и метаболитная терапия и профилактика соматоневрологических осложнений наркотизации; аминокислоты в качестве метаболитной терапии (купирования) синдромов влечения и отмены.

11.15.5. Примеры практического применения метаболитной и энзимной терапии в наркологии

В качестве практического примера можно привести ранее описанное нами эффективное использование терапевтических доз гистамина(1,0 мл 0,1% внутрикожно, ежедневно в течение трех дней) в качестве противорецидивного средства у больных с алкогольной зависимостью.

Недавно полученные данные (Кржечковская, Желтухина, Небольсин, 2003) об антиаллергических свойствах гамма-глутамилгистамина в опытах на морских свинках и мышах подтверждают предполагаемое нами ранее участие фермента гамма-глутамил-

9 Зак. .1806

трансферазы крови и тканей в гистаминообезвреживающей функции организма и в обеспечении индивидуальной толерантности к алкоголю путем дезактивации высвобождающегося при алкогольных эксцессах гистамина. Эти работы открывают новые возможности энзимной терапии, во-первых, острых отравлений (алкогольной, гистаминовой интоксикации) как у зависимых от алкоголя, так и у не злоупотребляющих алкоголем лиц и, во-вторых, в управлении толерантностью у алкогользависимых больных с целью провокации у них аверсивных реакций на прием алкоголя и разрушения потребностной алкогольной доминанты.

Существует достаточно много примеров успешного использования природных источников (грибов, морепродуктов, лекарственных трав и растений) и приготовленных на их основе БАД в условно-рефлекторной аверсионной терапии алкоголизма. Изучением механизма их антитоксического и противорецидивного эффектов интенсивно занимается лаборатория токсикологии национального научного центра наркологии и Институт здоровья в Москве (Нужный с соавт., 2002-2004).

Так, одним из путей частичной реализации энзимотерапии алкогольной зависимости можно рассматривать действующее начало грибов-копринусов — коприн, который гидролизуется в организме с образованием 1-аминоциклопропанола, мощного ингибитора АльДГ и обусловливает дисульфирам-подобную реакцию на прием этилового алкоголя (Нужный, Ефремов, Рожанец, 2002). Показана также способность *экстракта гребней винограда* (препарат *Вега-плюс)* изменять фармакокинетику и фармакотоксикологию алкоголя. Действующее начало экстракта — флавоноиды, обладающие антиоксидантной активностью. Клинико-токсикологическая картина эффектов этого препарата проявляется в снижении скорости элиминации алкоголя и усилении его опьяняющего действия наряду с ослаблением выраженности алкогольных постинтоксикационных расстройств (похмелья) и алкогольных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (Нужный, Пометов, Ковалева и др., 2002).

Чрезвычайный интерес с точки зрения возможной модуляции ферментов метаболизма алкоголя в организме человека представляет изучение механизмов некоторых видов *фитотерапии* алкоголизма (с помощью приготовленных по народным рецептам тимьяна, чабреца, копытня, баранца, корня солодки) с эффектом выработки эмоционально-негативной реакции на алкоголь. БАД отечественного и импортного производства (такие, как Алкогал, Алкостоп, Вега-плюс и другие) представляют собой наглядный пример сложных метаболитных и лекарственных растительных смесей, обладающих отрезвляющим и органопротекторными свойствами при алкогольной интоксикации. Эффективный противовирусный иммуномодулятор ЭПСОРИН, приготовленный из нативных источников животного происхождения, заслуживает пристального изучения как вероятный адаптоген-энзимный и метаболитный регулятор.

Вопросы ограничения применения, специфичности и неспецифичности в энзимотерапии заслуживают дальнейшего изучения на основе глубокого системного анализа имеющихся практических наработок, теоретических обоснований и экспериментальных исследований.

ГЛАВА 12

ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДАМИ

Опиоидами называется группа психоактивных веществ, родственных специфическим (опиоидным) рецепторам и оказывающих многообразное влияние на центральную нервную систему (ЦНС) и физиологические функции.

Подобно алкоголю и лекарственным препаратам снотворно-седативного спектра (например, производным бензодиазепина), опиоиды преимущественно угнетающе действуют на мозговые функции и относятся, таким образом, к категории супрессоров ЦНС.

В разграничении понятий *опиаты* и *опиоиды* есть определенные трудности. I (смятие *опиатов* в узком смысле подразумевает наркотические вещества, непосредственно полученные из растительного сырья (снотворного мака) и имеющие, таким образом, полностью природное происхождение. Категория *опиатов* наряду с отдельными алкалоидами снотворного мака включает первично обработанные растительные продукты, содержащие смесь алкалоидов (например, *ацетилированный опий).*

Под *опиоидами* традиционно понимают вещества сходного с опиатами фармакологического действия, но полученные искусственным — полусинтетическим или синтетическим — путем. Для отечественной клинической наркологии более привычен термин *«опиаты»,* в зарубежной (особенно англоязычной) литературе преимущественно используется термин «опиоиды». В соответствии с современной систематикой ПАВ, все лиганды опиоидных рецепторов, вне зависимости от их происхождения, носят название *апиоидов.*

Примечательно, что в начале 1990-х гг. в России больные опийной наркоманией преимущественно употребляли ацетилированные препараты снотворного мака (опиаты), а в настоящее время основной употребляемый наркотик этого ряда — героин (полусинтетический опиоид).

Несомненно, при определенных различиях в степени наркогенности, симптоматике интоксикации, динамике фазных состояний, связанных со злоупотреблением природными, полусинтетическими или синтетическими веществами, в основе зависимости от них лежат универсальные механизмы. Эти механизмы при систематическом употреблении наркотиков и выявлении признаков зависимости от них позволяют констатировать наличие единого заболевания — *опиоидной зависимости* в ее различных клинических вариантах (героиновая наркомания, злоупотребление трамадолом или кодеином и т. д.). Равноправным (хотя и менее корректным) синонимом *опиоидной зависимости* можно считать традиционный для отечественной наркологии термин *«опийная наркомания».*

Мы считаем более предпочтительным использование понятия *«опиоиды»* взамен понятия *«опиаты»* как термина более общего порядка и обозначающего все вещества, родственные опиоидным рецепторам.

Терминологические трудности усугубляются тем, что к категории опиоидов относятся не только агонисты опиоидных рецепторов (т. е. вещества, обладающие морфино-

подобными свойствами), но и препараты смешанного — агонист-антагонистического — действия, а также антагонисты опиоидных рецепторов, проявляющие противоположные морфину фармакологические эффекты.

Уникальный спектр фармакологического действия опиоидов обусловливает их широкое использование в медицине в качестве наркотических анальгетиков. Главное предназначение этих препаратов — обезболивание в послеоперационном периоде в хирургической клинике, а также смягчение хронических болей, вызванных злокачественными опухолями.

Опиоиды находят применение в урологии для купирования почечной колики. Они также используются в реанимационной практике в качестве противошоковых препаратов и средств, купирующих кардиогенный отек легких. Кроме того, препараты этого класса применяются в качестве противокашлевых средств *(кодеин)* и средств, подавляющих перистальтику кишечника *(лоперамид)*. Наконец, во многих странах официальные опиоиды употребляются в заместительной терапии опиоидной зависимости *(метадон, LAAM, бупренорфин)*.

При интенсивных (и особенно хронических) болях применению опиоидов нет альтернативы. Средства для наркоза могут их заменить лишь временно и только в ограниченном круге клинических ситуаций, например в ходе хирургической операции. Ненаркотические анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства) не обладают сравнимой с опиоидами способностью устранять очень сильные боли.

Постоянный поиск возможности синтеза принципиально новых веществ, альтернативных опиоидам по силе обезболивающего действия, но не обладающих нарко генным и свойствами, ведущийся в течение многих десятилетий, к сожалению, пока не увенчался успехом. Более того, с точки зрения современных представлений о механизмах регуляции боли правомерность постановки вопроса о принципиальной возможности существования лекарственных средств, способных оказывать сопоставимое с опиоидами болеутоляющее действие, но не участвующих в опиоидергических нейрофизиологических процессах, представляется сомнительной.

Следует упомянуть, что в процессе поиска мощных анальгетиков, не обладающих наркогенными свойствами, были в разное время синтезированы героин, метадон и некоторые другие опиоиды с выраженной способностью вызывать зависимость. Примечательно, что героин, синтезированный из морфина в расчете на возможность его применения в лечении морфинизма, по наркогенному потенциалу значительно превзошел исходное вещество.

Наркогенные свойства — облигатная характеристика ПАВ опиоидного ряда. Мощное болеутоляющее действие опиоидов, их способность устранять любой психофизический дискомфорт в сочетании со специфическим и крайне притягательным для предрасположенных лиц психотропным действием, а также быстро развивающийся синдром отмены при повторном употреблении создают почву для формирования тяжелых форм наркотической зависимости от этих веществ.

Героиновая наркомания и другие формы опиоидной зависимости представляют наряду с алкоголизмом одну из наиболее распространенных и социально значимых болезней аддиктивного круга. В России и сопредельных государствах, а также во многих других странах Европы и Азии героиновая (опийная) наркомания преобладает в структуре наркоманий. Сходная ситуация до 1980-х гг. наблюдалась в США. Но в настоящее время преобладающим запрещенным наркотиком в странах американского континента стал кокаин (Менделевич, 2005; O'Brien etal., 1999; Brust, 2004).

12.1. Общие представления об опиоидах

Специфические места связывания опиоидов, расположенные в различных зонах нервной системы млекопитающих, были идентифицированы в 1973 г. и получили название *опиоидныхрецепторов* (Pert, Snyder, 1973; Simon etal., 1973; Terenius, 1973; Hughes et al., 1975). Вскоре после этого открытия были обнаружены эндогенные нейропептиды, имеющие сродство с опиоидными рецепторами — *эндорфины.*

Максимальная концентрация опиоидных рецепторов отмечается в структурах ЦНС, осуществляющих болевую, эмоциональную, температурную регуляцию, а также регуляцию уровня сознания, пищевого и сексуального поведения, сосудистого тонуса, иммунной защиты и ряда других физиологических функций. Наконец, что наиболее важно для аддиктивнои патологии, опиоидные рецепторы и их эндогенные лиганды играют ключевую роль в функционировании церебральной «системы вознаграждения» (reward system), включающей нейроны locus coeruleus, миндалины, tegmentum, nucleus accumbens и префронтальных отделов мозговой коры. Изменение активности нейронов «системы вознаграждения» лежит в основе психической зависимости от ПАВ, о чем подробнее говорится ниже.

Опиоидергические нейроны, опиоидные рецепторы и эндогенные опиоиды принимают непосредственное участие не только в формировании зависимости от экзогенных опиоидов (например, героина или алкалоидов снотворного мака), но и в развитии зависимости от любых других ПАВ, в том числе алкоголя. Эта же мозговая система опосредует процессы формирования т. н. нехимических аддиктивных расстройств, существование которых не связано со злоупотреблением ПАВ. Пример нехимических аддиктивных феноменов — болезненное пристрастие к азартным играм (pathological gambling).

Есть несколько типов опиоидных рецепторов, имеющих разное физиологическое предназначение и неидентичным образом распределенных в ЦНС. Активирующее или, напротив, ингибирующее воздействие на отдельные типы рецепторов определяет различие в фармакологических эффектах различных опиоидов.

В настоящее время выделяют ц- (мю), к- (каппа) и 5- (дельта) типы опиоидных рецепторов. Каждый тип имеет различающиеся в функциональном отношении субтипы (ц,'-, $ц_2$-, к,-, $к_2$-, $к_3$-, 8,- и 6_2-рецепторы). Наряду с перечисленными тремя типами идентифицированы о- (сигма) и Б- (эпсилон) типы опиоидных рецепторов, однако их биологическая роль и таксономическая принадлежность (а, с точки зрения некоторых исследователей, и правомерность отнесения к опиоидной группе) нуждаются в уточнении. Показано, в частности, что фармакологические эффекты сг-агонистов не блокируются налоксоном (Snyder, 1984; цит. по: Brust, 2004).

Имеются основания для предположения о том, что психотомиметические эффекты некоторых синтетических опиоидов (в частности, меперидина) обусловлены их а-агонистическим действием. Примечательно, что агонистическую активность в отношении ст-рецепторов проявляют не только опиоиды, но и некоторые галлюциногены, например *фенциклидин.*

Типология и функциональное предназначение отдельных типов опиоидных рецепторов отражены в табл. 8.

Таблица S

Классификация опиоидных рецепторов

Типы рецепторов	Фармакологические эффекты, вызванные действием агонистов
Мю-рецепторы	Спинальная и супраспинальная анальгезия; седация; супрессия внешнего дыхания; угнетение гемодинамики; подавление перистальтики кишечника
Каппа-рецепторы	Спинальная анальгезия; седация; подавление перистальтики кишечника
Дельта-рецепторы	Спинальная и супраспинальная анальгезия; психотомиметическое действие: дисфория

Наиболее значимый для нормальных физиологических процессов и для аддиктивной патологии тип опиоидных рецепторов — *^-рецепторы.* Они играют важную роль в процессах восприятия боли (ноцицепции) и обезболивания (антиноцицепции) и в других процессах физиологической регуляции. Именно воздействием на этот тип рецепторов объясняются болеутоляющие, психотропные и наркогенные эффекты многих опиоидов.

Высокая плотность ц-рецепторов отмечается в миндалине, nucleus accumbens, nucleus pedunculopontinus. В меньших количествах они обнаруживаются в префронтальных отделах коры большого мозга, гиппокампе, вентральной части tegmentum и гипоталамусе.

Эндогенный агонист ц-рецепторов — *fi-эндорфин,* типичные экзогенные агонисты — *морфин* и его производные. Антагонисты ц-рецепторов и, следовательно, фармакологические антиподы наркотиков — это *налоксон* и *налтрексон.*

Подобно ц-рецепторам, к-рецепторы также принимают участие в процессах восприятия и регуляции боли. Максимальное количество *к-реиепторов* обнаруживается в nucleus accumbens и в миндалине, меньшие количества — в околоводопроводном сером веществе и латеральных ядрах гипоталамуса. Эндогенный агонист к-рецепторов — динорфин А, экзогенный агонист— *буторфанол.* К числу антагонистов к-рецепторов относятся *бупренорфин* и экспериментальный опиоид *норбиналторфимин.*

Помимо двух рассмотренных типов опиоидных рецепторов, 5-рецепторы и их лиганды тоже играют важную роль восприятии боли и обезболивании. С участием этого типа опиоидных рецепторов осуществляется также межнейронная передача дофамина, что имеет большое значение для формирования зависимости не только от опиоидов, но и от других ПАВ.

Максимальная концентрация опиоидных рецепторов 8-типа отмечена в области nucleus accumbens, nucleus pedunculopontinus и в миндалине. В меньших количествах они обнаруживаются в вентральной части pallidum, гипоталамусе и медиальных отделах префронтальной коры.

К эндогенным 5-агонистам относятся энкефалины и *Р-эндорфин,* в число экзогенных 5-агонистов входит *эторфин.* Мощный антагонист 8-рецепторов — экспериментальный препарат *налтриндол.*

12.2. Систематика опиоидов

Лиганды опиоидных рецепторов бывают эндогенными (вырабатывающимися в организме) и экзогенными (поступающими в организм извне). В настоящее время выделяют три типа эндогенных опиоидов: *энкефалины* (метионин-энкефалин или мет-энкефалин и лейцин-энкефалин или лей-энкефалин), *эндорфины* (Р-эндорфин, а-неоэндорфин и (3-неоэндорфин) и *динорфины* (динорфин А и динорфин В).

Отдельные семейства эндогенных опиоидов происходят от собственных полипептидных предшественников, неидентичным образом (подобно местам их связывания) распределены в структурах ЦНС и других системах организма и имеют различное физиологическое предназначение.

Олигопептидный предшественник энкефалинов — проэнкефалин (обозначаемый в некоторых классификациях как проэнкефалин А). Энкефалины обнаруживаются в нервных образованиях органов пищеварительной системы, в симпатических ганглиях и мозговом веществе надпочечников, а также в структурах ЦНС, участвующих в восприятии и регуляции боли и, кроме того, формирующих т. н. церебральную «систему вознаграждения»: в гиппокампе, в области миндалины, в околоводопроводном сером веществе, в ростровентрикулярной части продолговатого мозга и в пластинах Рекседа.

Родоначальник всех эндогенных опиоидов, р-эндорфин происходит от проопиомеланокортина (ПОМК). Помимо этого пептида, ПОМК служит предшественником эндогенному синтезу меланоцитостимулирующего гормона, адренокортикотропного гормона (АКТГ) и Р-липотропина. В-эндорфин секретируется гипофизом одновременно с АКТГ и проявляет максимальную среди эндогенных пептидов опиоидную активность, обнаруживая более высокую степень связывания с ц-рецеторами и менее выраженную — с 8-рецепторами. Р-эндорфин и неоэндорфины находятся в промежуточной и дистальной частях гипофиза, в дугообразном ядре гипоталамуса, в ядре одиночного тракта, в гиппокампе, в околоводопроводном сером веществе и в области locus coeruleus.

Предшественником семейства динорфинов служит продинорфин (обозначаемый в ряде классификаций как проэнкефалин В). Продинорфин выступает в роли предшественника не только динорфинов, но также лей-энкефалина, а-неоэндорфина и Р-неоэндорфина. Динорфины обнаруживаются в тех же отделах ЦНС, что и другие эндогенные опиоиды, обладают выраженным сродством с опиоидными рецепторами к-типа и проявляют слабое взаимодействие с ц-рецепторами. Физиологическое значение динорфинов в настоящее время остается неясным. Можно высказать предположение, что с участием этих веществ происходят некоторые психопатологические процессы у потребителей наркотических веществ.

Систематическое употребление экзогенных опиоидов (при опийной наркомании или ятрогенном развитии опиоидной зависимости) приводит благодаря механизму отрицательной обратной связи (negative biofeedback) к подавлению синтеза эндогенных опиоидных пептидов. С недостаточным синтезом эндорфинов (наряду с другими причинами) принято связывать возникновение отдельных патологических феноменов (в первую очередь аффективных расстройств), развивающихся в структуре абстинентных и постабстинентных состояний у больных опийной наркоманией.

Экзогенные опиоиды подразделяются по происхождению (природные, полусинтетические, синтетические) и по типу фармакологического действия (полные и частичные агонисты опиоидных рецепторов, антагонисты и препараты смешанного — агонист-антагонистического действия).

Разделение опиоидов по происхождению выглядит следующим образом.

А. *Природные опиоиды* (препараты снотворного мака и его отдельные алкалоиды): опий; омнопон; морфин; кодеин; тебаин.

Б. *Полу синтетические опиоиды:* героин; гидрокодон; гидроморфон; оксикодон; оксиморфон; бупренорфин; эторфин.

В. *Синтетические опиоиды:* меперидин; метадон; LAAM; пропоксифен; фентанил; суфентанил; алфентанил; ремифентанил; пентазоцин; леворфанол; буторфанол; налбуфин.

Природные опиоиды. К этой категории относятся вещества, входящие в состав снотворного или опийного мака (Papaver somniferum). Снотворный мак представляет собой однолетнее растение, происходящее из Среднего Востока и Юго-Восточной Азии. Мак культивируется или свободно произрастает во многих странах мира, преимущественно на Востоке. В зависимости от региона снотворный мак может иметь как высокое (в низких широтах), так и низкое (в высоких широтах) содержание алкалоидов.

Млечный сок, выделяющийся из надрезов незрелой семенной головки растения и быстро застывающий на воздухе с образованием бурой массы, получил название опия (от греческого *опое,* — растительный сок).

Опий может употребляться в готовом виде, подвергаться несложной химической модификации либо использоваться для экстракции отдельных алкалоидов (некоторые из них могут также химически видоизменяться для повышения наркогенности). Следует отметить, что классические технологии добывания опия во многих азиатских регионах отошли в прошлое, и в настоящее время маковые головки чаще всего подвергаются простой механической обработке с последующей экстракцией алкалоидов.

Опий содержит свыше 20 алкалоидов, подразделяющихся в химическом отношении на две группы: производные фенантрена и производные бензилизохинолона. Производные фенантрена обладают сродством с опиоидными рецепторами и проявляют наркотические свойства. Опий содержит 3 вещества этой группы — *морфин* (9-20%), *кодеин* (0,5-2%) и *тебаин* (0,2-1,2%).

Тебаин обладает собственной опиоидной активностью и, кроме того, может использоваться в качестве предшественника в синтезе *оксикодона, напоксоиа,* а также вещества с чрезвычайно высокой наркотической активностью — *эторфина* (в соответствии с некоторыми оценками, по силе фармакологического действия эторфин более чем в 1000 раз превосходит *морфин).*

Производные бензилизохинолона не обладают наркотическими свойствами и, следовательно, не относятся к опиоидам. Примеры алкалоидов этой группы — *папаверин* (среднее содержание в опии-сырце — 1%), применяемый в медицине в качестве спазмолитического средства, и *носкапин* (6%), не проявляющий центральных фармакологических эффектов, кроме умеренного противокашлевого действия.

Полусинтетические опиоиды. Основной представитель этой группы — *героин* (диацетилморфин). Героин получают из морфина путем несложной химической реакции, приводящей к значительному возрастанию наркогенного потенциала этого наркотика по сравнению с исходным веществом.

К полусинтетическим опиоидам относятся также *гидрокодон, гидроморфон. оксикодон* и *оксиморфон.* Эти вещества используются в качестве наркотических анальгетиков и противокашлевых средств (в виде отдельных или комплексных препаратов) в США и, обладая наркогенными свойствами, нередко подвергаются немедицинскому потреблению. В России эти препараты не производятся и не применяются.

Синтетические опиоиды. Они главным образом получаются путем удаления отдельных кольцевых структур из пентациклической фенантреновой молекулы морфина. Некоторые вещества этой группы, не имеющие структурного сходства с морфином (например, *метадон* или *LAAM),* синтезируются другим способом. Большинство синтетических опиоидов являются официальными лекарственными препаратами (исключение представляют некоторые производные *фентанила)* и находят применение в анестезиологии.

Синтетические опиоиды довольно редко перераспределяются в сферу незаконного оборота наркотиков (к числу немногих исключений относится метадон — как официаль-

ный препарат, так и распространяемые российскими продавцами наркотиков кустарно изготовленные субстанции неуточненной химической принадлежности с метадоноподобной активностью).

В соответствии с типом воздействия на специфические рецепторы, опиоиды подразделяются на агонисты, антагонисты, частичные агонисты и препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия.

Опиоидами-агонистами называют вещества, действующие по принципу активации опиоидных рецепторов. Именно агонисты опиоидных рецепторов образуют категорию типичных наркотических анальгетиков, родоначальник и типичный представитель которых — морфин. Героин (диацетилморфин) фармакологически неактивен, но его активные метаболиты, втом числе и морфин, проявляют типичные агонистические эффекты. В эту же категорию входит *метадон,* широко используемый в заместительной терапии героиновой наркомании.

Антагонисты опиоидных рецепторов. Препараты этой группы связываются с опиоидными рецепторами по типу конкурентного ингибирования и препятствуют связыванию и фармакологическому действию агонистов. При этом они имеют структурное сходство с опиоидами-агонистами. Антагонисты могут быть полными (налтрексон) или способны проявлять умеренную внутреннюю агонистическую активность, не имеющую практического значения (налоксон). Антагонисты способны блокировать рецепторы по типу конкурентного ингибирования, препятствуя проявлению наркотических эффектов героина и других агонистов, и благодаря этому применяются в превентивной (противорецидивной) терапии опиоидной зависимости.

Частичные (парциальные) агонисты обладают ограниченным или т. н. субмаксимальным действием на опиоидные рецепторы. Связываясь с рецепторами, они оказывают на них агонистическое влияние, но не такое выраженное, как полные агонисты. Агонистическое действие препаратов этой группы проявляется при их изолированном введении или одновременном назначении с малыми дозами полных агонистов. На фоне действия больших доз полных агонистов парциальные агонисты проявляют антагонистическое действие. Способность частичных агонистов к антагонистическому влиянию при взаимодействии с полными агонистами позволяет использовать эти препараты в качестве антидотов при передозировке наркотиков в условиях отсутствия опиоидных антагонистов. Антагонистической активностью парциальных агонистов объясняется их способность усиливать симптомы абстинентного синдрома при назначении в ранней фазе острой отмены героина или других опиоидов. Типичный парциальный ц-агонист — *бупренорфин.*

Препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия. Эти лекарственные средства проявляют агонистическую активность в отношении одних типов опиоидных рецепторов и антагонистическую — в отношении других. Так, налбуфин выступает частичным агонистом к-рецепторов и антагонистом ц-рецепторов. Благодаря сметанному спектру опиоидной активности налбуфин действует обезболивающе за счет активации к-рецепторов (агонистический эффект), но при этом устраняет супрессию внешнего дыхания, вызванную влиянием ц-агонистов (антагонистический эффект). Антагонистическими эффектами опиоидов смешанного типа объясняется способность препаратов этой группы провоцировать или усиливать синдром отмены наркотиков (например, *героина).*

Фармакологическое действие парциальных агонистов и агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов характеризуется т. н. «потолочным эффектом» (ceiling effect), при котором увеличение дозы вещества выше определенного предела («потолка») не сопровождается увеличением степени обезболивания или нарастанием респираторной су-

прессии. «Потолочный эффект» в определенной (но не в полной) мере снижает риск летального угнетения дыхания при злоупотреблении и передозировке опиоидами этой группы.

Классификация опиоидов по типу взаимодействия с опиоидными рецепторами такова:

А. *Агонисты опиоидных рецепторов:* морфин; кодеин; меперидин; тримеперидин; метадон; LAAM (L-альфа-ацетилметадол); пропоксифен; фентанил; лоперамид; гидрокодон; оксикодон; гидроморфон; оксиморфон.

Б. *Частичные агонисты опиоидных рецепторов:* бупренорфин.

В. *Препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия:* пентазоцин; буторфанол; налбуфин; налорфин; циклазоцин; дезоцин; мептазинол; пропирам; профадел.

Г. *Антагонисты опиоидных рецепторов:* налоксон; налтрексон; налмефен.

Исследования последних десятилетий позволили идентифицировать селективные агонисты и антагонисты отдельных субтипов опиоидных рецепторов. Например, *налоксозон* и *налоксоназин* являются избирательными антагонистами е,-рецепторов, не оказывающими влияния (в отличие от налоксона) на E_2-рецепторы.

Помимо классификации на основе рассмотренных выше признаков, опиоиды подразделяются на официальные и запрещенные.

Официальные опиоиды изготавливаются промышленным способом, соответствуют принятым стандартам качества и разрешены к применению с медицинскими целями в качестве наркотических анальгетиков, противокашлевых препаратов или средств заместительной терапии в лечении наркотической зависимости. При этом они. подобно запрещенным наркотикам, могут перераспределяться в сферу незаконного оборота ПАВ, ими могут злоупотреблять, и они способны вызывать зависимость при повторном употреблении.

Запрещенные («уличные») опиоиды имеют естественное происхождение, а также получаются полусинтетическим путем либо синтезируются с помощью различных (от кустарных до сложных лабораторных) технологий и предназначены для индивидуального потребления или для распределения в сфере незаконного оборота ПАВ.

Пример синтетических опиоидов, специально изготавливаемых для распределения в среде потребителей наркотиков, — такие производные фентанила (официнального опиоида, применяемого в анестезиологии), как 3-метилфентанил («белый китаец», «china white») и триметилфентанил. Эти наркотики обладают очень высокими наркогенными свойствами и крайне малой терапевтической широтой (диапазоном между дозой, вызывающей типичные фармакологические эффекты, и смертельной дозой). Последнее качество определяет высокую частоту летальных передозировок при злоупотреблении фентанилом и его производными. Как правило, появление высоконаркогенных производных фентанила на рынке незаконного оборота ПАВ носит характер отдельного «вброса», его признаками служат локализованная «залповая» вспышка смертей в среде потребителей наркотиков. Подобные случаи, по устным данным Е, М. Крупицкого (2004) и О. Л. Шмидта (2004), зарегистрированы в последние годы в нескольких поселках Ленинградской и Мурманской областей Российской Федерации.

12.3. Фармакологические свойства опиоидов

Опиоиды, преобладающие в сфере незаконного оборота ПАВ в России и сопредельных странах и наиболее часто вызывающие наркотическую зависимость, — героин и

препараты снотворного мака — относятся к агонистам опиоидных рецепторов. Главную роль в регуляции боли и формировании опиоидной зависимости играет ц-агонистическое действие наркотиков.

Типичным ц-агонистом служит морфин. Он — основной алкалоид снотворного мака, определяющий его наркогенные свойства, и метаболит второго по значимости алкалоида снотворного мака — *кодеина.* Кроме того, морфин — предшественник фармакологически неактивного *героина* (диацетилморфина) и наряду с двумя метаболитами определяет высокую степень наркогенного потенциала этого наркотика.

Морфин был выделен из снотворного мака В. Сертюрнером в 1806 г. и стал первым алкалоидом опия, полученным в очищенном виде (Харкевич, 1999). Впоследствии подобным же образом были получены кодеин (1832) и папаверин (1848). В анестезиологии морфин рассматривается в качестве эталонного наркотического анальгетика, и эффективность других официальных опиоидов оценивается по отношению к т. н. морфиновому стандарту (10 мг морфина, введенного парентерально).

Метадон (опиоидный агонист, широко применяемый в заместительной терапии героиновой наркомании) имеет профиль фармакологического действия, идентичный таковому у морфина и, следовательно, у героина. Основное различие между морфином и метадоном при их полном фармакодинамическом сходстве заключается в фармакокинетических свойствах: метадон, в отличие от морфина, эффективен при приеме внутрь и имеет продолжительный период полувыведения, что лежит в основе его длительного фармакологического действия.

Фармакологическое действие морфина и его аналогов включает следующие основные компоненты.

Психотропные эффекты. Специфическое психотропное действие опиоидов, с которым связана их способность вызывать наркотическую зависимость, проявляется благодушием, безмятежностью, ощущением общего психического и физического комфорта. Снижение уровня сознания при действии опиоидов наблюдается в сонливости и «клевках носом».

Снотворно-седативное действие опиоидов характеризуется определенной обратимостью. Эта обратимость выражается повышением уровня сознания («пробуждаемостью») лиц, находящихся в состоянии наркотического опьянения, при воздействии внешних стимулов (например, когда обращаются к ним вслух или при тактильном раздражении). Лабильность уровня бодрствования, в зависимости от внешних стимулов при сохранности болеутоляющего действия, составляет принципиальное отличие опиоидов от средств для наркоза, анальгетические эффекты которых неотделимы от фармакогенного угнетения сознания.

Чрезмерная сонливость и недостаточная «пробуждаемость» могут свидетельствовать об угрозе передозировки опиоидов или сочетанной интоксикации; и то и другое представляет угрозу для жизни больных и требует проведения неотложных токсикологических мероприятий.

У здоровых лиц, интактных к опиоидам и не предрасположенных к злоупотреблению ПАВ, первые пробы этих веществ часто сопровождаются неприятными ощущениями.

Чрезвычайно интересна и далека от понимания универсальность психотропного действия морфина и его аналогов, иногда достигающая степени парадоксальности. Так, опиоиды у одного и того же больного проявляют гипноседативное действие в вечернее и ночное время, и возбуждающее, взбадривающее — в утренние и дневные часы. Иными словами, в разное время суток наркотик демонстрирует наиболее востребованные,

субъективно желаемые эффекты, что, безусловно, способствует углублению психофизической зависимости от него. В первую очередь благодаря многообразно проявляющемуся негативному подкрепляющему эффекту.

Болеутоляющее действие опиоидов, сделавшее их незаменимыми в лечении интенсивных болей, реализуется благодаря прямому угнетающему влиянию на спинальные нейроны, подавлению межнейронной передачи в задних рогах спинного мозга, а также изменению функционального состояния клеток супраспинальных ядер, оказывающих нисходящее влияние на нейроны нижележащих отделов ЦНС. Морфин и его аналоги уменьшают высвобождение афферентными нейронами медиаторов боли, в том числе субстанции Р.

Предполагается, что у опиоидов, кроме центральных эффектов, имеется также периферический компонент антиноцицептивного действия. Кроме того, определенное значение придается изменению субъективно-эмоционального восприятия боли и реакции на ее возникновение: опиоиды устраняют деструктивное влияние болевого синдрома на психическое состояние пациентов (Ферранте, 1998).

Тошнота и рвота относятся к облигатным побочным фармакологическим эффектом опиоидов и обусловлены стимулирующим влиянием на хеморецепторы дофаминергических нейронов триггер-зоны. В определенной мере на появление тошноты и рвоты может влиять нарушение пассажа содержимого ЖКТ вследствие угнетающего влияния опиоидов на кишечную перистальтику.

Нейроэндокринные эффекты. Морфин и его аналоги, оказывая воздействие на гипоталамус, подавляют секрецию гонадотропин-рилизинг-фактора и кортикотропин-рилизинг-фактора. Под влиянием морфина снижаются плазменные концентрации лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, соматотропного и адренокортикотропного гормонов. Продукция антидиуретического гормона, пролактина и кальцитонина, напротив, повышается.

На основе механизма отрицательной обратной связи экзогенные опиоиды снижают внутримозговое и плазменное содержание эндогенных опиоидных пептидов, в частности, р-эндорфина.

Электроэнцефалографическая картина. ЭЭГ при наркотическом опьянении характеризуется замедлением ритмов, подобным тому, что отмечается во время естественного сна. Быстрые альфа-волны под действием морфина сменяются более медленными дельта-волнами. Некоторое отличие наркотического опьянения от естественного сна заключается в сокращении продолжительности REM-фазы сна.

Агонисты-антагонисты, а также высокие дозы чистых опиоидных агонистов могут вызывать ирритативные и дизритмические изменения ЭЭГ со снижением порога судорожной готовности. Электроэнцефалографические изменения пароксизмальноготипа возникают также под влиянием трамадола (Ланеев, 2005).

Респираторное действие. Супрессия внешнего дыхания связана с воздействием опиоидов на $ц_2$-рецепторы и проявляется дозозависимым подавлением реакции дыхательных центров ствола мозга, моста и продолговатого мозга на увеличение парциального напряжения двуокиси углерода в крови ($pC0_2$), урежением дыхательных циклов, замедлением вдоха и уменьшением минутного объема дыхания.

Снижение частоты дыхательных движений (ЧДД) отмечается при введении очень небольших (практически не влияющих на сознание) доз морфина или его аналогов. Критическое брадипноэ может проявляться 3-4 дыхательными циклами в минуту. Респираторная супрессия прогрессивно нарастает при увеличении дозы наркотика и может проявляться возникновением нерегулярных дыхательных циклов или периодического дыха-

ния. Выраженное превышение индивидуального порога дозы приводит к остановке дыхания как наиболее типичной причине смерти больных опийной наркоманией.

Максимальное урежение ЧДД достигается в течение 5-10 минут после внутривенного введения, в течение 30 минут — после внутримышечного и 90 минут — после подкожного введения морфина. Респираторные эффекты героина развиваются еше быстрее в связи с более высокой липофильностью, обеспечивающей ускоренное поступление наркотика в мозг.

Респираторная супрессия быстрее развивается при синергическом взаимодействии опиоидов с транквилизаторами, снотворными средствами и алкоголем. Сочетанный прием опиоидов и других супрессоров ЦНС повышает риск развития апноэ и летального исхода даже при употреблении относительно небольших доз наркотика.

Подавление кашлевого рефлекса связано с прямым угнетающим влиянием опиоидов-агонистов на кашлевой центр продолговатого мозга и не обнаруживает прямой связи с респираторной супрессией.

Глазные эффекты. Главный и наиболее наглядный офтальмологический эффект опиоидов-агонистов, способствующий наряду с другими клиническими признаками распознаванию опийной наркомании, — миоз.

Сужение зрачков связано с активацией парасимпатических нейронов сегмента Эдингера—Вестфаля ядра глазодвигательного нерва. Как и многие другие эффекты ц-агонистов, миоз представляет собой дозозависимую реакцию. «Точечный зрачок» — патогномоничный симптом острого массивного отравления опиоидами, угрожающего жизни больного и требующего проведения неотложных реанимационных мероприятий.

Сужение зрачков, вызванное опиоидами, устраняется атропином (препараты, содержащие атропин, иногда используются больными опийной наркоманией с целью дне симуляции наркотического опьянения).

Необходимо принимать во внимание, что при развитии комы у лиц с передозировкой наркотиков миоз может сменяться мидриазом, что объясняется нарастанием церебральной гипоксии.

Опиоиды повышают способность к аккомодации и снижают внутриглазное давление.

Влияние на желудочно-кишечный тракт. Благодаря центральному и периферическому действию опиоиды подавляют продольную перистальтику тонкого и толстого кишечника (при этом поперечная перистальтика обычно усиливается). Под действием опиоидов возрастает тонус гладкой мускулатуры отдельных сегментов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и в первую очередь антрального отдела желудка. Базальная секреция желез ЖКТ подавляется. Замедление пассажа кишечного содержимого способствует усилению абсорбции воды, повышению вязкости и плотности каловых масс, что приводит к развитию обстипации (запоров).

Под влиянием опиоидов значительно (в 10 и более раз) повышается тонус гладкой мускулатуры желчных путей, что может послужить причиной развития желчной колики. Сокращение сфинктера Одди под влиянием опиоидов может вызвать билиарный и панкреатический рефлюкс.

Сердечно-сосудистая система. Супрессивное действие опиоидов на гемодинамику обусловлено многими механизмами, в том числе подавлением обратного захвата (reuptake) норадреналина симпатическими нервными окончаниями (Nagaoka et al., 2002).

Отрицательное хронотропное влияние опиоидов на миокард приводит к развитию брадикардии. Системное артериальное давление благодаря прямому и опосредованному влиянию опиоидов на гладкие мышцы сосудов и уменьшению периферического сосудистого сопротивления снижается.

Экскреторная система. Опиоиды способствуют массивному высвобождению гистамина, уменьшают почечную перфузию и снижают диурез. Повышение тонуса гладкой мускулатуры мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при наличии мочекаменной болезни может спровоцировать приступ почечной колики.

12.4. Токсикологические свойства опиоидов

Большинство официнальных опиоидов обладает относительно низкими нейротоксичностью и висцеротоксичностью. Запрещенные опиоиды, как правило, значительно более токсичны, что объясняется особенностями технологий их приготовления и наличием примесей.

Спектр примесей (контаминантов), загрязняющих героин и другие «уличные» наркотики, достаточно широк. Одни из них появляются в наркотике по технологическим причинам в процессе их приготовления или транспортировки, а другие добавляются специально для увеличения товарной массы наркотика или пролонгации его седативного действия. Характерные контаминанты «уличных» наркотиков в США — кофеин, лактоза, тальк, маннитол. В России героин может содержать примесь дифенгидрамина (димедрола), потенцирующего его психотропные эффекты. Высокой токсичностью отличаются такие примеси, как стрихнин и хинин.

Загрязняющие примеси к запрещенным опиоидам (наряду с другими факторами) служат причиной висцеральных поражений и энцефалопатии у больных наркоманией, увеличивают частоту и тяжесть диффузных флебитов и других сосудистых расстройств, возникающих при систематическом инъекционном введении наркотиков.

Нейротоксическое действие опиоидов иллюстрируется их способностью вызывать галлюцинации и другими психотомиметическими эффектами, а также снижением порога судорожной готовности при их употреблении. Степень нейротоксического действия повышается, если препараты демонстрируют атипичные фармакологические эффекты, выходящие за пределы их |д-опиоидной активности. Например, *меперидин* проявляет атропиноподобные свойства и характеризуется значительно более высокой нейротоксичностью, чем морфин. Считается также, что психотомиметические свойства опиоидов возрастают при их способности оказывать стимулирующее влияние на ст-рецепторы.

12.5. Наркогенные свойства опиоидов

Подкрепляющие свойства опиоидов, как и других ПАВ, определяют степень их *наркогенности* или величину *наркогенного потенциача (abuse potential).* Наркогенный потенциал представляет собой количественный параметр, определяемый темпом развития и тяжестью зависимости, возникающей при повторном употреблении ПАВ.

Величина наркогенного потенциала отдельных опиоидов (как и неопиоидных ПАВ) зависит от его фармакологических особенностей, в том числе от биодоступности вещества при различных путях его введения, скорости его поступления в мозг, быстроты развития и интенсивности психотропных и непсихотропных эффектов (например, обезболивающего действия). Один из главных факторов, влияющих на величину наркогенного потенциала вещества, — его *подкрепляющие свойства,* рассматриваемые ниже.

Градация наркогенных свойств отдельных опиоидов, представленная ниже, отмечает наиболее существенные для наркологической практики различия между ними. Наркогенный потенциал некоторых опиоидов (в порядке убывания) таков:

Героин = Оксиморфон;
Фентанил = Метадон;
Морфин = Гидроморфон;
Оксикодон;
Меперидин = Тримеперидин;
Бупренорфин;
Гидрокодон;
Кодеин = Пропоксифен;
Налбуфин = Пентазоцин;
Трамадол.

Чем выше наркогенный потенциал опиоидов, тем быстрее формируется психофизическая зависимость от них при повторном употреблении. Заместительная терапия наркомании обычно (за единственным исключением[5]) предполагает замену высоконаркогенных «уличных» наркотиков официнальными опиоидами с менее выраженными наркогенными свойствами.

В США опиоиды включены в специальные Федеральные списки контролируемых наркотиков (U. S. Federal Schedules of Controlled Drugs, 2003).

В федеральные списки входит пять перечней, пронумерованных в порядке убывания наркогенности приведенных в них веществ. ПАВ в каждом из списков включают опиоиды, психостимуляторы, препараты снотворно-седативной группы и прочие вещества.

Первый перечень (Schedule I) содержит вещества с максимальным наркогенным потенциалом, их применение в медицинской практике запрещено. Список опиоидов в нем возглавляют бензилморфин, дигидроморфинон и героин.

Второй перечень (Schedule II) представлен веществами с высоким наркогенным потенциалом, находящими применение в медицинской практике. В списке опиоидов этого перечня присутствуют, в частности, фентанил и его производные, а также метадон.

Третий перечень (Schedule III) состоит из ПАВ с менее выраженными, чем в предыдущих списках, наркогенными свойствами, и предназначенными для применения в медицине. Список опиоидов в нем начинается с бупренорфина.

Четвертый перечень (Schedule IV) представляет вещества с умеренными наркогенными свойствами. Список опиоидов данного перечня состоит из пропоксифена и пентазоцина.

Пятый перечень (Schedule V) включает ПАВ, наркогенные свойства которых признаны минимальными. Опиоиды в нем представлены двумя модифицированными препаратами природных алкалоидов снотворного мака, предназначенными для применения в США.

12.6. Нейробиологические основы опиоидной зависимости

Психическая зависимость от опиоидов, как и от других ПАВ, развивается при участии нейронов гипотетической церебральной «системы вознаграждения» (reward system). Активация этих нейронов под действием наркотиков сопровождается широким диапазоном субъективно притягательных для индивида (или лабораторного животного) аффектов, включающим, в зависимости от дозы и особенностей индивидуального реагирова-

[5] Исключение представляют программы замещения уличного героина официнальным препаратом, применяемые в некоторых странах Европы (здесь и далее — примеч. авторов).

ния, удовольствие, благодушие, эйфорию или крайне интенсивное переживание наслаждения. Таким образом, прием наркотика воспринимается в качестве «награды», что способствует подкрепляющему действию вещества, притягательности его повторного употребления и создает основу для формирования психической зависимости.

Необычайная притягательность состояний, достигаемых с помощью наркотика, придает непреодолимый, компульсивный характер влечению к его повторному приему. Стремление к максимально выраженному и максимально продолжительному удовольствию обусловливает возрастание дозы употребляемого наркотика даже при отсутствии толерантности к нему.

«Система вознаграждения» включает совокупность нейронов ряда мозговых структур, втом числе префронтальной коры больших полушарий, гиппокампа, locus coeruleus, nucleus accumbens, вентральных отделов tegmentum и зрительного бугра. Особую роль в развитии влечения к наркотику и аддиктивного поведения играет миндалина мозга.

Биологический смысл естественного функционирования опиоидергических проводящих путей «системы вознаграждения» заключается в поддержании пищевого и сексуального инстинктов и, следовательно, выживания вида. Последствием систематического злоупотребления опиоидами выступает не только изменение реактивности опиоидных рецепторов, но и постоянная искусственная активизация «системы вознаграждения», что приводит к стойким изменениям метаболизма эндогенных опиоидов, а также дофамина и других нейротрансмиттеров. Кроме того, хроническая эксплуатация «системы вознаграждения», вызванная систематическим употреблением наркотика, притупляет возникающие при ее участии позитивные аффекты. Это, по нашему мнению, является одной из причин угасания сексуального инстинкта при опийной наркомании и способствует редукции не связанной с употреблением наркотика и, следовательно, не приносящей удовольствия, «невознаграждаемой деятельности». А это, на наш взгляд, одна из причин десоциализации лиц, злоупотребляющих опиоидами.

Функциональные психофизиологические изменения, обусловленные хронической эксплуатацией «системы вознаграждения», лежат в основе специфических изменений личности больных опийной наркоманией.

Формирование толерантности к опиоидам и физической зависимости от них происходит при изменении как функциональных, так и — в ряде случаев — структурных изменений опиоидных рецепторных систем. Главную роль в формировании опиоидной зависимости играют ц-рецепторы.

В реципрокных отношениях с толерантностью находится сенсибилизация (повышение чувствительности) опиоидных рецепторов, обычно отмечаемая на ранних стадиях злоупотребления опиоидами и способствующая их позитивному подкрепляющему действию.

Снижение чувствительности рецепторов (десенсибилизация) к эндогенным и экзогенным лигандам при хронической опиоидной интоксикации связано с процессами фосфорилирования и эндоцитоза(иес1а, 2004). Важную роль в развитии толерантности к опиоидам и формировании опиоидной зависимости играет также пластичность нейронных цепей.

В соответствии с одной из гипотез, хроническая интоксикация экзогенными опиоидами может приводить к возникновению антиопиоидной активности неопиоидных нейронов с изменением их функции, что лежит в основе физиологической адаптации к повторному поступлению опиоидов и возникновению толерантности к их эффектам. В опытах на животных продемонстрированы антиопиоидная активность ноцицептин-орфаниновых рецепторов (НОР) и Ё(-субъединицы NMDA-рецепторов, и их участие в ослаблении болеутоляющего действия экзогенных опиоидов при их повторном поступ-

лении. Продемонстрирована также повышенная экспрессия генов, регулирующих синтез белков, участвующих в образовании НОР и е^субъединицы NMDA-рецепторов в соответствующих участках спинного и головного мозга (Ueda, 2004).

В основе формирования опиоидной зависимости лежат сложные процессы взаимодействия многих нейротрансмиттеров.

Дофамин. Особую роль в формировании аддиктивных расстройств играет дофаминергическая трансмиссия (Анохина, 2002; Kleber, 2000; Volkow, 2003; Koob, 2003). Воздействие опиоидов на церебральную «систему вознаграждения» (reward system) сопровождается усилением высвобождения дофамина нейронами (сходные явления возникают при поступлении в организм других ПАВ, в частности, этанола и кокаина) (Nestler, 2001; Drouin et al., 2002). Микроинъекции опиоидов в вентральную область tegmentum приводят к повышению активности дофаминергических нейронов, локализованных в nucleus accumbens (Di Chiara, North, 1992; Reisine, Pasternak, 1996). По-видимому, изменение функциональной активности последних играет ключевую роль в развитии подкрепляющего действия ПАВ. Экспериментальные исследования показывают, однако, что введение антагонистов дофамина в область tegmentum не предупреждает развития подкрепляющих эффектов опиоидов (Koob, 2003). В опытах на животных продемонстрировано отсутствие изменений самовведения (специальный эксперимент, когда мышка может нажимать на педальку, и идет электрический разряд, и аналогичным образом — введение вещества; если вещество нравится, мышка вводит его активно; если не очень — вводит вяло, если не нравится — отказывается вводить; так в эксперименте оценивается притягательность вещества как основа его наркогенного потенциала) героина при блокаде дофаминовых рецепторов (Stinus et al., 1992). Отмеченные данные позволяют предполагать участие в процессах наркотического подкрепления не только дофамина, но и других медиаторов.

Серотонин. L.G. Schmidt с соавт. (1997) на основании экспериментальных данных сформулировали концепцию дисфорических состояний как проявления дисфункции серотонинергических нейронов улице зависимостью от ПАВ. Серотонин ускоряет развитие экспериментальной опиоидной зависимости у лабораторных животных (Schippenberg, Elmer, 1998). Химическое разрушение серотонинергических нейронов приводит к угасанию зависимости от морфина (Bhargava, 1994). Все это позволяет рассматривать нарушение обмена серотонина в качестве одного из ключевых звеньев подкрепляющего действия опиоидов и формирования опиоидной зависимости.

Норадреналин. Немаловажное участие в регуляции метаболизма опиоидов и формировании опиоидной зависимости принимает система норадренергической иннервации, в первую очередь норадренергические нейроны locus coeruleus, в области которого сосредоточено большое количество опиоидных рецепторов, реагирующих на болевые раздражителями. Эффекты ноцицептивных раздражителей блокируются экзогенными опиоидами и эндогенными нейропептидами. Кроме того, реактивность опиоидных рецепторов снижается при стимуляции р\-адренорецепторов, что может быть вызвано рядом веществ, в том числе клонидином.

Роль норадренергической иннервации в формировании физической зависимости от опиоидов подтверждается экспериментами на животных, в частности опытами с самовведением центральных адреномиметиков крысами с экспериментально вызванной опиоидной зависимостью в период отмены наркотика (Shearman et al., 1977). Взаимодействие норадренергических и дофаминергических нейронов в возникновении подкрепляющего действия опиоидов и формировании опиоидной зависимости опосредуется р -адренорецепторами (Drouin et al.. 2002).

Ацетилхолин. Влияние холинергических процессов в формировании опиоидной зависимости также подтверждено экспериментальными исследованиями. Показано, что синдром отмены морфина у крыс усиливается при введении холиномиметиков и ослабевает при введении холиноблокаторов. Введение карбахолина (агониста холинорецепторов) в околоводопроводное серое вещество вентральных отделов среднего мозга животных, не страдающих опиоидной зависимостью, приводит к развитию состояний, неотличимых от синдрома отмены опиоидов (Sharpe, Pickworth, 1984).

Гамма-аминомасляная кислота. Связь между нейрофизиологическими механизмами опиоидной зависимости и ГАМКергическими процессами доказывается способностью производных бензодиазепина (как препаратов ГАМКергического действия) уменьшать толерантность к болеутоляющему действию морфина (Bhargava, 1994), а также — показанной в эксперименте и известной из клинической практики способностью смягчать симптомы отмены опиоидов. Отмечено, что ц-агонисты снижают активность ГАМКергических нейронов, расположенных в вентральной области tegmentum (Vaccarino et al., 1998).

Глутамат. На связь между опиоидергическими и глутаматергическими процессами указывает способность антагонистов NMDA-рецепторов (подобно производным бензодиазепина) уменьшать толерантность к обезболивающему действию опиоидов и смягчать проявления синдрома отмены у крыс. Непосредственно введение глутамата в locus coeruleus животным с экспериментально вызванным морфинизмом вызывает преципитацию состояния отмены (Trujillo, Akil, 1991; Bhargava, 1994).

Оксид азота. Поданным H.N. Bhargava (1994), ингибиторы нитроксидсинтазы препятствуют формированию толерантности к морфину, в то время как хроническое введение опиоидов повышает активность этого фермента.

Холецистокинин. В ходе многочисленных экспериментальных исследований показана роль неиропептида холецистокинина в развитии и персистенции толерантности к опиоидам и зависимости от них.

Высвобождение холецистокинина спинномозговыми нейронами препятствует развитию спинальной анальгезии при введении морфина лабораторным животным. Хроническое введение морфина модулирует активность холецистокининовых рецепторов супраоптических ядер гипоталамуса. Показана способность холецистокинина смягчать проявления синдрома отмены опиоидов у лабораторных животных (Проскурякова, 2003).

Аденозин. Аденозин и агонисты аденозиновых рецепторов устраняют спазм гладкой мускулатуры кишечника при отмене опиоидов у лабораторных животных с экспериментальной зависимостью. Напротив, антагонисты опиоидных рецепторов — теофиллин и кофеин — препятствуют проявлению болеутоляющих эффектов морфина и способствуют преципитации синдрома отмены (Collier, Tucker, 1983; цит. по: Brust, 2004).

Генетически обусловленные особенности метаболизма отдельных нейротрансмиттеров оказывают влияние наряду с другими факторами на формирование наследственного предрасположения к опиоидной зависимости и другим заболеваниям аддиктивного круга. Существенную роль в этом предрасположении играют гены, регулирующие синтез и распад дофамина, а также синтез дофаминовых рецепторов и веществ, участвующих в транспорте дофамина (Анохина, 2002; Genova et al., 1997; Woodward et al., 2000: Nestler, Malenka, 2004). Существуют указания на генетически обусловленные изменения метаболизма серотонина, что рассматривается в качестве фактора, предрасполагающего к возникновению аддиктивных расстройств (Gerra et al., 1995; Schmidt et al., 1997; Nestler et al., 1999; Tomkins et al., 2001; Bushell et al., 2002; Ladewig et al., 2002). Показано, среди прочего, более частое в сравнении с популяционными показателями наличие серотонинергической дисфункции у матерей больных героиновой наркоманией (Gerra et al., 1997).

На основании экспериментальных данных, свидетельствующих о совокупности дефектов различных генов, регулирующих синтез и метаболизм нейротрансмиггеров, участвующих в подкорковых процессах, была сформулирована гипотеза (Comings, Blum, 2000) т. н. *синдрома дефицита вознаграждения* (Reward Deficiency Syndrome, RDS). Наличие генетически обусловленного RDS, по мнению авторов гипотезы, создает повышенный риск выбора моделей поведения, направленных на искусственную активацию системы вознаграждения и формирования аддиктивных расстройств.

12.7. Основные биологические и клинические категории, характеризующие опиоидную зависимость

Эксперты ВОЗ J. F. Kramer и D. C. Cameron еще в 1975 г. выделили следующие особенности злоупотребления опиоидами, актуальные и в наши дни: 1) нарастающая толерантность к фармакологическому действию; 2) быстрое формирование физической зависимости от наркотика; 3) выраженный психический компонент наркотической зависимости.

Толерантность к опиоидам представляет собой феномен, возникающий при их повторном употреблении, и проявляется уменьшением или отсутствием эффекта при использовании ранее эффективной дозы. Для получения ранее достигавшегося действия требуется увеличение дозы вещества.

Толерантность к наркотикам — это динамический параметр, он может изменяться как в сторону повышения, так и в сторону снижения на различных этапах злоупотребления ими. Скорость формирования толерантности нарастает при увеличении продолжительности контакта вещества с рецепторами и повышении его плазменной концентрации. Толерантность может быть частичной или полной. Она практически не развивается к таким эффектам опиоидов. как сужение зрачка и запор.

Изучение психопатологии расстройств невротического спектра у больных опийной наркоманией позволяет высказывать предположение о диссоциированном характере толерантности копиоидам при продолжительном злоупотреблении ими: толерантность к психотропным эффектам героина имеет более высокие величины, чем толерантность к его обезболивающему действию (Сиволап, 2002).

Опиоидная зависимость в подавляющем большинстве случаев характеризуется хроническими нарушениями сна. Героин (или другие опиоиды) при систематическом злоупотреблении позволяет больным преодолевать синдром отмены и испытывать наркотическое опьянение, но он недостаточен для нормального засыпания. Дефицит снотворного действия наркотика при его удовлетворительной способности к устранению абстинентных болей формирует у больных наркоманией потребность в сочетанном злоупотреблении опиоидами и лекарственными препаратами снотворно-седативной группы. Наиболее часто наблюдается сочетанное злоупотребление опиоидами и производными бензодиазепина, реже — употребление ацетилированных препаратов снотворного мака и дифенгидрамина (димедрола).

Нарастающая толерантность к психотропному и обезболивающему действию опиоидов служит главной причиной повышения дозы вводимого наркотика и является, таким образом, необходимым (но не достаточным) условием формирования опиоидной зависимости.

Как правило, толерантность к отдельным агонистам опиоидных рецепторов носит перекрестный характер (этим объясняется, например, недостаточный эффект трамадола или препаратов смешанной опиоидной активности в купировании абстинентною синдрома при высокой толерантности больных наркоманией к героину или другим «уличным» опиоидам).

Лечебные мероприятия, проводимые в наркологической клинике при купировании синдрома отмены опиоидов, в первую очередь направлены на снижение, а затем и полное устранение толерантности к опиоидам (если не предполагается включение пациентов в программы длительной заместительной терапии).

Практическое исчезновение толерантности к опиоидам констатируется при адаптации больных к антагонистам опиоидных рецепторов (налоксону и налтрексону) и отсутствии реабстинентных реакций при их повторном назначении.

Некоторые больные наркоманией, обращаясь за врачебной помощью и декларируя намерение полностью прекратить употребление наркотика, ставят перед собой задачу снижения толерантности к нему для уменьшения ежедневно потребной дозы (подобные мероприятия на сленге больных обозначаются как «омоложение» и «сброс дозы»). В основе этой мотивации обычно лежат такие мотивы, как желание преодолеть ежедневно развивающийся мучительный синдром отмены, страх перед передозировкой наркотика, стремление к снижению общей тяжести наркотической зависимости, а также экономические соображения.

Физическая зависимость представляет собой функцию, обусловленную дозой и продолжительностью употребления опиоидов. Главное проявление физической зависимости от наркотика — развитие *синдрома отмены* после прекращения его действия. Именно физической зависимостью от опиоидов и необходимостью предотвращения (или устранения) абстинентной симптоматики определяется потребность в их регулярном употреблении.

Психическая зависимость от опиоидов определяется интенсивным и нередко непреодолимым желанием регулярного употребления наркотика для получения удовольствия и устранения неприятных ощущений.

Появление психической зависимости от опиоидов всегда предшествует возникновению физической зависимости. В зрелых стадиях болезни отделить психический и физический компоненты опиоидной зависимости, а также установить иерархичность их соотношения весьма трудно.

Мощную основу как психического, так и физического аспекта наркотической зависимости составляет *подкрепляющее действие опиоидов* (reinforcing effect), обусловленное как их прямыми фармакологическими эффектами, так и влиянием на гипотетическую церебральную «систему вознаграждения» (reward system).

Выделяется два вида подкрепляющего действия наркотиков — положительное и отрицательное.

Положительное подкрепление (positive reinforcement) определяется характерными центральными эффектами опиоидов — ощущением эйфории, покоя, безмятежности и «беспроблемности». Положительное подкрепляющее действие опиоидов создает почву для т. н. *первичного патологического влечения* к ним.

Отрицательное подкрепление (negative reinforcement) заключается в способности опиоидов устранять неприятные психические и физические феномены — боль, бессонницу, плохое настроение и пр. Лица с опиоидной зависимостью часто мотивируют очередное употребление наркотика желанием избавиться от неприятных психических переживаний или плохого физического самочувствия. Подобные мотивации лежат в *основе вторичного патологического влечения* к опиоидам[6].

' Аналогичное соотношение аддиктивных феноменов отмечается не только при опиоидной зависимости, но и при зависимости от других ПАВ.

В развитии рецидива у больных опийной наркоманией играют роль как положительное подкрепляющее действие опиоидов (стремление к получению удовольствия как основа первичного влечения к ПАВ), так и отрицательное подкрепляющее действие (стремление к избавлению от различных проявлений физического или психического дискомфорта как основа вторичного влечения).

Испытывая влечение к наркотику в период ремиссии, больные наркоманией нередко мотивируют возобновление употребления ПАВ теми или иными проявлениями психического или физического дискомфорта, что указывает на определенную условность подразделения аддиктивных мотиваций на первичные и вторичные формы.

Влечение к наркотику (особенно первичное влечение, направленное на поиск удовольствия) представляет собой стойкий психопатологический феномен, отражающий характерную и нередко тяжелую деформацию личности у потребителей ПАВ. Этот феномен плохо поддается фармакологическому воздействию, что объясняет (наряду с другими причинами) низкую курабельность опийной наркомании и других заболеваний аддиктивного круга.

12.8. Клинические формы и показатели распространенности опиоидной зависимости

Повторное употребление полных и частичных агонистов опиоидных рецепторов в большинстве случаев (и практически всегда — при наличии соответствующего предрасположения) сопровождается развитием психической и физической зависимости от них.

Темпы формирования зависимости определяются различными факторами, в том числе характером употребления (медицинским или немедицинским) и его частотой, степенью наркогенности опиоидов, структурой личности употребляющих лиц, наличием психических или висцеральных болезней в период употребления, а также сопутствующими употреблению обстоятельствами.

Типология опиоидной зависимости главным образом определяется видом употребляемого вещества.

В оценке симптоматики и течения наркомании мы исходим из представления об универсальном характере нейробиологических и психопатологических механизмов зависимости от разных агонистов опиоидных рецепторов. В связи с этим, по нашему мнению, выделение различных типов данного аддиктивного расстройства в отдельные нозологические формы (опийная наркомания, героиновая наркомания) не вполне правомерно. В то же время необходимо принимать во внимание, что фармакологические особенности отдельных наркотиков могут обусловливать особенности клинической симптоматики зависимости, не оказывающие принципиального влияния на течение и прогноз болезни. Кроме того, различные опиоиды имеют разную степень токсичности, что служит причиной различий последствий систематического злоупотребления ими. Примечательно в этой связи указание А. В. Погосова (2005) на возникновение новых полусинтетических алкалоидов (например, ацетил кодеина) в процессе кустарного апеллирования опия-сырца. Новые алкалоиды оказывают определенное влияние на клинические проявления и продолжительность фазных состояний болезни (наркотической интоксикации и синдрома отмены). Известно также, что систематическое злоупотребление ацетилированными препаратами снотворного мака (особенно в сочетании с внутривенным введением транквилизаторов или антигистаминных средств) быстрее, чем злоупотребление другими опиоидами, приводит к формированию диффузного флебита.

В первой половине XX в., до начала массового незаконного производства героина, главной и практически единственной формой опиоидной зависимости в европейских странах и в США была зависимость от морфина — морфинизм, практически полностью утративший актуальность в наши дни. В дальнейшем в этих странах морфин был вытеснен наркотиком со значительно более высоким наркогенным потенциалом — героином.

В 1970-1980-е гг. в СССР, когда количество больных наркоманией было весьма невелико, по сравнению с наступившим вскоре посткоммунистическим периодом, опиоидная зависимость проявлялась злоупотреблением официнальными наркотическими анальгетиками (морфином, промедолом, омнопоном) либо собственно опийной наркоманией (злоупотреблением препаратами снотворного мака).

С конца 1980-х и до середины 1990-х гг. на подъеме беспрецедентной для нашей страны эпидемии наркомании, преобладающей формой опиоидной зависимости в России и многих сопредельных странах стало злоупотребление ацетилированными препаратами снотворного мака и маковой соломки — *опийная наркомания.*

В последующие годы произошли существенные изменения конъюнктуры рынка незаконного оборота ПАВ. На смену препаратам мака пришел героин. И в настоящее время в России наиболее распространенной клинической формой опиоидной зависимости считается *героиновая наркомания.*

Героин — наиболее распространенный опиоид в сфере незаконного оборота наркотиков. В странах с традиционным возделыванием снотворного мака, где его выращивание — одно из основных направлений национальной экономики, главным экспортным наркотическим продуктом в настоящее время является не опий, а приготовленный из него героин с широкой вариабельностью степени очистки.

В США, по данным SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), число лиц с героиновой зависимостью в 1997 г. превышало 2 млн, а число эпизодических потребителей приблизительно равнялось 325 000 человек; G. E. Bigelow и K. L. Preston (2000) число последних оценивают примерно в 600 000, а J. С. M, Brust(2004)-- от 600 000 до 1 млн человек.

В Российской Федерации эти величины в последние годы значительно изменялись как в сторону повышения, так и в сторону снижения (Кошкина, 2005). После периода относительной стабилизации эпидемиологической ситуации, отмеченной в 2000-2001 гг.. количество лиц, злоупотребляющих героином и другими опиоидами, в 2004 г., по некоторым данным, вновь стало возрастать, и в настоящее время оценивается в диапазоне от четырех до шести миллионов человек.

Необходимо отметить, что в отдельных российских регионах и некоторых сопредельных с Россией государствах, например на Украине, до сих пор даже в крупных городах основным наркотиками опиоидного ряда остаются препараты снотворного мака, нередко ацетилированные (Дворяк, 2005). По-видимому, это объясняется влиянием природных и экономических факторов на рынок незаконного оборота наркотиков.

Наряду с героином как основным запрещенным наркотиком в сфере незаконного оборота появляются или постоянно присутствуют другие опиоиды. Одни из них имеют самостоятельное значение для больных наркоманией как предпочтительные ПАВ, с помощью других потребители наркотиков пытаются преодолеть зависимость или смягчить ее течение посредством перехода на прием менее наркогенного или менее опасного вещества. В подавляющем большинстве случаев подобным образом используются официальные опиоиды, перераспределяемые в сферу незаконного оборота ПАВ, и имеющие свойства парциальных или смешанных агонистов.

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной и наркотической зависимости (WHO Expert Committee on Drug Dependence) в бюллетене от 2001 г. сообщает о многочисленных случаях контрабандного ввоза инъекционного *бупренорфина,* произведенного в Индии под названием «норфин», в Армению, Азербайджан, Грузию и Российскую Федерацию. Видимо, именно с контрабандным ввозом этого наркотика следует связывать отмеченные в середине 1990-х гг., в том числе наблюдавшиеся нами (Сиволап, Савченков. 2005) многочисленные случаи вторичной зависимости от бупренорфина у больных наркоманией, пытавшихся с его помощью преодолеть зависимость от «уличных» опиоидов.

Нередко отмечаются попытки преодоления зависимости от героина с помощью *буторфанола* (стадола) или *иалбуфина* (нубаина) с последующим развитием вторичной зависимости от этих веществ. Буторфанол и налбуфин, как и другие опиоиды смешанной (агонист-антагонистической) активности, считаются препаратами с умеренными наркогенными свойствами. Но мы наблюдали неблагоприятные формы зависимости от этих веществ у врачей, предрасположенных к злоупотреблению ПАВ и имеющих доступ к официнальным наркотическим препаратам.

В последние годы в России в связи с дешевизной и свободной (безрецептурной) продажей кодеинсодержащих лекарственных препаратов значительно участились случаи *злоупотребления кодеином.* Эта форма опиоидной зависимости наиболее характерна для молодых и стесненных в средствах потребителей ПАВ. Кодеин обычно воспринимается как относительно безопасная альтернатива героину. У некоторых больных отмечается сочетанное злоупотребление кодеинсодержащими лекарственными препаратами и алкоголем.

Злоупотребление кодеином и зависимость от него нередко отмечаются в ремиссии героиновой наркомании и в ряде случаев служит причиной рецидива последней (Сиволап, Савченков, 2005).

В последнее десятилетие в России в сфере незаконного оборота ПАВ появились кустарные синтетические опиоиды неуточненной химической принадлежности, выдаваемые за метадон и имеющие сходные с метадоном фармакологические свойства. В большинстве наблюдавшихся нами случаев зависимость от этих веществ формировалась тогда, когда больные наркоманией пытались преодолеть с их помощью зависимость от других «уличных» опиоидов — чаще всего от ацетилированных препаратов опия или от героина. Однако наряду с этим отмечались ситуации целенаправленного перехода больных к метадоноподобным наркотикам от других запрещенных опиоидов. в связи с более высокой продолжительностью действия метадоноподобных веществ и возможностью более редкого их употребления (1 раз в день или даже в 2-3 дня).

Систематическая интоксикация метадоноподобными веществами имеет особые клинические проявления; в частности, у больных нередко развиваются периферические отеки, что, возможно, связано с электролитными нарушениями. Синдром отмены кустарных метадоноподобных веществ, как и синдром отмены метадона, носит затяжной и недостаточно предсказуемый характер. Кроме того, течение синдрома отмены этих веществ чаще, чем синдром отмены героина, осложняется развитием острых фармакогенных психозов (Сиволап, 2004).

12.9. Способы употребления опиоидов

Потребителями наркотиков опиоиды могут приниматься респираторно и внутрь (при достаточной энтеральной биодоступности наркотиков, что свойственно немногим из них), а также вводиться парентерально.

В начальных стадиях героиновой наркомании, а также при эпизодическом или перемежающемся употреблении без выраженной физической зависимости героин в большинстве случаев употребляется респираторным путем: посредством курения (ингаляции) или вдыхания через нос (инсуффляции).

У потребителей наркотиков в США распространен коллективный способ курения, именуемый «shotgunning» («стрельба из дробовика»), когда дым после затяжки выдыхается в рот другому курильщику. Подобным образом чаще всего употребляют кокаин и препараты конопли, и сравнительно редко — героин. «Shotgunning» рассматривается в качестве одного из неспецифических путей распространения респираторных инфекционных болезней (в том числе туберкулеза) у потребителей наркотиков (Perlman et a!., 1997).

В Японии, США и некоторых странах Юго-Восточной Азии в кругу потребителей наркотиков бытует интраназальное или ингаляционное употребление паров разогретого в металлической емкости героина («chasing the dragon» — «погоня за драконом»). Причина популярности данного типа введения наркотика — в широком распространении «коричневого героина», плохо растворяющегося в воде и в связи с этим малопригодного для внутривенного введения.

Респираторное употребление героина по типу «chasing the dragon», несмотря на кажущуюся безопасность, служит наиболее частой причиной развития острой лейкоэнцефалопатии у лиц с опиоидной зависимостью, нередко заканчивающейся летально.

По мере формирования и углубления наркотической зависимости в подавляющем большинстве случаев больные переходят к внутривенному введению наркотиков. В основе этого перехода лежат рост толерантности к опиоидам (больных перестает удовлетворять ослабевающее наркотическое действие этих веществ при их респираторном употреблении) и экономические соображения (внутривенное введение позволяет добиться более выраженных психоактивных эффектов при одних и тех же дозах наркотика).

Внутривенное введение опиоидов, в связи с молниеносным и максимальным развитием эйфоризирующего эффекта и оптимально возможным использованием принятой дозы, после первых же инъекций становится для больных предпочитаемым способом приема наркотиков.

Групповое внутривенное введение наркотиков нередко имеет характер ритуала, включающего использование общих шприцев или игл (Winger et al., 1992). Примечательно, что многократное применение шприцев и игл практикуется некоторыми больными даже при наличии широких возможностей для их обмена, созданных во многих странах (Wood etal, 2000; Valencianoetal., 2001).

Внутривенные и другие парентеральные инъекции наркотиков (особенно их групповые разновидности) служат главной причиной распространения ВИЧ-инфекции и других инфекционных болезней в популяции больных наркоманией.

При злоупотреблении ацетилированными препаратами снотворного мака, ставшем наиболее распространенной формой опиоидной зависимости в России и сопредельных странах в начале 1990-х гг. и сохранившемся в некоторых регионах по сей день, наркотик вводится внутривенно уже в инициальной стадии наркомании. Проблема распространения ВИЧ при данном варианте опиоидной зависимости усугубляется тем, что кустарное приготовление наркотических препаратов требует забора крови у одного из больных в общий шприц, который в дальнейшем используется другими потребителями.

Наиболее часто наркотики вводятся в вены локтевого сгиба и предплечья, реже — в вены кисти. По мере развития диффузного флебита и склерозирования вен потребители инъекционных наркотиков (ПИН) вынуждены использовать с этой целью сосуды различного калибра в различных, в том числе труднодоступных, частях тела. Достаточно ред-

ким и весьма опасным является введение наркотика в магистральные вены, например в яремную или бедренную.

Опасными осложнениями сопровождаются внутриартериальные инъекции наркотиков, что обычнр происходит непреднамеренно, в процессе продолжительного поиска пациентами сколько-нибудь пригодного венозного доступа.

Отсутствие возможности внутривенной инъекции при тотальном склерозировании поверхностных вен вынуждает больных пользоваться другими парентеральными доступами — подкожным и внутримышечным. Этот способ введения наркотиков часто служит причиной развития местных гнойных заболевания — абсцессов и флегмон, а также септицемии и гнойных отсевов в отдаленные органы.

Некоторые больные наркоманией, проходящие госпитальное лечение в различных, в том числе наркологических, лечебных учреждениях и мотивированные на продолжение употребления ПАВ, при выписке из клиники под разными предлогами пытаются сохранить введенные в вены периферические или центральные катетеры для облегчения последующего введения наркотика.

В различные фазы наркомании (а в некоторых регионах — в соответствии с конъюнктурой рынка незаконного оборота ПАВ) пациенты могут употреблять опиоиды внутрь. Как правило, в этих случаях речь идет о препаратах, содержащих кодеин или трамадол (за рубежом немедицинскому потреблению нередко подвергаются метадон и другие синтетические и полусинтетические опиоиды, предназначенные для энтерального приема). Сравнительно редко в отдельных регионах России и постсоветских стран для приема внутрь используются особые препараты снотворного мака.

Энтеральный прием наименее предпочтителен (в субъективном смысле) для больных наркоманией в связи с отсроченным и неявным началом наркотического действия и отсутствием резко наступающего эйфорического аффекта. Несмотря на медленное поступление наркотика в кровь, данный способ злоупотребления опасен в связи с невозможностью контроля принятой дозы и риском развития передозировки.

Поиск средств на приобретение наркотиков, само по себе их приобретение, поиск венозного доступа и внутривенное введение в укромных местах поглощает практически все время лиц с опиоидной зависимостью, что служит одной из причин угасания их учебной и профессиональной деятельности и других форм социальной активности.

12.10. Симптоматика, течение и прогноз опийной наркомании

Клинические проявления злоупотребления опиоидами включают две основные группы расстройств: 1) непосредственные психофизические проявления, отражающие злоупотребление опиоидами; 2) возникающие в процессе злоупотребления психопатологические состояния, означающие развитие психической зависимости от наркотика.

Сформированная опиоидная зависимость характеризуется наличием фазных состояний, циклически сменяющих друг друга. Эти фазные состояния включают: 1) острую опиоидную интоксикацию (наркотическое опьянение), развивающуюся после употребления наркотика; 2) синдром отмены опиоидов; 3) постабстинентный период; 4) ремиссию наркомании; 5) рецидив с возобновлением зависимости и восстановлением типичных для опийной наркомании аддиктивных циклов.

Кроме того, в течении наркомании выделяют т. н. срывы, или «микрорецидивы», прерывающие ремиссию и характеризующиеся единичным употреблением наркотика или несколькими эксцессами, что не приводит к возобновлению зависимости и вновь сменяется длительным воздержанием от злоупотребления ПАВ.

12.10.1. Острая опиоидная интоксикация (наркотическое опьянение)

Клиническая картина острой опиоидной интоксикации зависит от ряда факторов. Главные из них — наличие или отсутствие физической зависимости от опиоидов, степень толерантности к ним, а также состояние соматического, неврологического и психического здоровья индивида.

У начинающего потребителя опиоидов в период сформированной психической, но при отсутствии явной физической зависимости от наркотика введение последнего сопровождается выраженным аффектом удовольствия. У привычного потребителя ПАВ, находящегося в далеко зашедшей наркотической зависимости, это чувство в значительной степени притуплено, и очередная доза наркотика призвана не столько доставить удовольствие, сколько избавить больного от психофизического дискомфорта, связанного с синдромом отмены. Здоровые лица, не имеющие предрасположения к злоупотреблению и опыта потребления наркотиков с медицинской целью, зачастую вообще не испытывают субъективно приятных ощущений при введении опиоидов или испытывают неприятные.

Симптомы острой опиоидной интоксикации приведены ниже: специфическое кратковременное инициальное психофизическое ощущение («приход»); эйфория, чувство безмятежности; сонливость, «клевки носом»; равномерное сужение зрачков; нечувствительность к боли; урежение дыхательных циклов; подавление кашлевого рефлекса; тошнота и рвота; сухость во рту; характерное покалывание в коже или кожный зуд; снижение температуры тела; постуральная гипотензия; избирательное снижение тонуса скелетной мускулатуры; уменьшение продольной перистальтики кишечника и запоры; спазм желчевыводящих путей; задержка мочи; замедление электроэнцефалографических ритмов; сокращение продолжительности REM-фазы сна.

Типичным проявлением начальной фазы опьянения опиоидами служит кратковременное и близкое к экстатическому переживание наслаждения, обозначаемое потребителями наркотиков словом «приход». Крайняя интенсивность этого переживания делает его сопоставимым с сексуальным оргазмом (Winger et al., 1992). Острое психотропное действие опиоидов сопровождается ощущением толчка или горячей волны, возникающих в животе (чаще всего в эпигастрии) и распространяющихся по всему телу, а также ощущением покалывания или зуда в коже. Ежедневное употребление наркотика толерантными лицами приводит к притуплению или даже полному исчезновению этого феномена.

Как указывалось выше, в зрелых стадиях опиоидной зависимости у больных меняется симптоматика наркотического опьянения, это состояние приобретает стертый характер, субъективные эффекты наркотиков утрачивают яркость и прежнюю интенсивность. В частности, практически исчезает «приход» как один из наиболее привлекательных компонентов действия наркотиков. Этот феномен проявляется в виде описанного И. Н. Пятницкой (1994) облигатного для алкоголизма и наркомании *синдрома измененной реактивности.* Многие больные наркоманией декларируют отсутствие потребности в удовольствиях и объясняют систематическое употребление опиоидов необходимостью предупреждения или преодоления тягостного абстинентного дискомфорта. Наряду с этим пациенты нередко признают, что надежда вновь испытать интенсивное и крайне притягательное начальное действие наркотика никогда их не оставляет. Желание вновь и вновь испытывать это состояние — один из основных мотивов больных наркоманией в тех случаях, когда они обращаются за врачебной помощью не для полного отказа от

опиоидов, а для уменьшения толерантности к ним, т. е. ради того, что на жаргоне потребителей наркотиков именуется «омоложением» или «сбросом дозы». Однако многие лица с опиоидной зависимостью, употребляющие, по их мнению, наркотики исключительно с целью избавления от абстинентного дискомфорта и стремящиеся к полному отказу от ПАВ, в процессе лечения демонстрируют характерную смену мотивационных установок. По мере редукции тягостной абстинентной симптоматики и нормализации психофизического самочувствия эти пациенты, еще недавно декларировавшие благие намерения, начинают (и нередко неожиданно для себя) вновь испытывать стремление к наркотическому удовольствию или, иными словами, первичное влечение к наркотику.

Характерные симптомы наркотического опьянения — эйфория, ощущение приятной расслабленности и блаженства. Эти аффекты сочетаются с отсутствием проявлений психофизического дискомфорта, снижением концентрации внимания. Перечисленные психические явления сопровождаются чувством тяжести в конечностях.

Внешний,вид индивида, находящегося в состоянии опиоидной интоксикации, отражает благодушие и умиротворенность. Характерный признак такой интоксикации — сонливость или (при высокой дозе наркотика) сон различной глубины. Дремота и засыпание могут внезапно (спонтанно или под воздействием внешних стимулов) сменяться повышением уровня бодрствования. В беседе с врачом пациент, находящийся в состоянии наркотического опьянения, то и дело прикрывает глаза и «клюет носом». Повышение голоса собеседника или тактильное раздражение позволяют больному легко выйти из состояния дремоты и продолжить общение.

Лица, находящиеся в состоянии наркотического опьянения, обычно не проявляют инициативы в беседе, довольствуясь ощущениями, полученными от наркотика, но охотно поддерживают предложенный разговор и даже становятся болтливыми. Их суждения отличаются поверхностным характером и хвастливостью, отражают завышенную самооценку.

Выраженная лабильность уровня сознания относится к специфическим признакам опиоидной интоксикации. Алкогольное опьянение, а также интоксикация снотворно-седативными средствами характеризуется значительно меньшей способностью больных к «пробуждаемости».

«Пробуждаемость» и сохранность болеутоляющего действия при ясном сознании составляют принципиальное отличие опиоидов от средств для наркоза.

Острая опиоидная интоксикация сопровождается избирательным снижением тонуса лицевой и шейной мускулатуры при относительной сохранности тонуса мышц и конечностей, в связи с чем больные наркоманией могут засыпать стоя.

Благодаря ощущению психофизического комфорта и эмоциональной приподнятости у больных опийной наркоманией в состоянии наркотического опьянения редко возникают дисфорические состояния и агрессия в отношении окружающих. Как правило, насильственные преступления совершаются больными при отмене наркотика, когда резко усиливается раздражительность и повышается готовность к эксплозивным реакциям.

У здоровых лиц с отсутствием толерантности опиоиды могут вызывать страх, тревогу, зрительные галлюцинации и другие негативные психопатологические феномены, вплоть до развития острого психоза.

Полные опиоидные агонисты — морфин и его аналоги — редко проявляют психотомиметические эффекты. Последние более характерны для парциальных агонистов опиоидных рецепторов и препаратов смешанного (агонист-антагонистического) действия, таких как меперидин, буторфанол, налбуфин, пентазоцин. Психотомиметическое действие некоторых опиоидов принято объяснять, в числе прочих гипотез, агонистическим влиянием этих препаратов на a-рецепторы (Martin, 1983).

Характерный клинический признак опиоидной интоксикации — миоз, степень которого определяется дозой наркотика и индивидуальной чувствительностью к нему, а также снижением остроты зрения. Типична сухость кожи и слизистых, субъективно ощущающаяся как сухость во рту. Температура тела под действием опиоидов снижается.

Тошнота и рвота, обусловленные влиянием опиоидов на хеморецепторы триггерзоны, развиваются у здоровых индивидов, а у лиц с опиоидной зависимостью отмечаются сравнительно редко.

Артериальное давление и частота сердечных сокращений у здоровых лиц в состоянии наркотического опьянения снижаются, тогда как у толерантных к опиоидам лиц могут практически не изменяться.

Опиоидная интоксикация характеризуется и замедлением кишечной моторики. У здоровых лиц под действием наркотика возможна задержка мочи (более подробно физиологические эффекты морфина и его аналогов рассмотрены выше, в первом разделе настоящей главы).

12.10.2. Синдром отмены опиоидов

Синдром отмены (опиоидный абстинентный синдром, ОАС) обычно развивается через 6-18 часов после употребления последней дозы опиоидов. Темпы развития синдрома отмены определяются рядом факторов, и в первую очередь — фармакокинетическими особенностями опиоидов: например, при зависимости от метадона состояние отмены имеет более отставленное начало, чем при внутривенном введении препаратов снотворного мака или (тем более) героина. Психоактивные добавки к опиоидам (например, производные бензодиазепина или антигистаминные средства) также могут увеличивать продолжительность их психотропного действия.

Пик абстинентных проявлений в типичных случаях героиновой наркомании отмечается через 48-72 часа после употребления последней дозы наркотика. В связи с аггравационным поведением больных опийной наркоманией и свойственной многим из них фобией отмены (подробно охарактеризованной в следующем разделе) субъективное восприятие развивающегося абстинентного синдрома может иметь антиципационный (опережающий) характер, что необходимо учитывать при лечении лице опиоидной зависимостью.

Физиологические и психопатологические признаки состояния отмены опиоидов в известной мере представляют собой противоположность основным симптомам наркотического опьянения. Если во время наркотического опьянения АД и ЧСС снижаются, то абстинентное состояние характеризуется артериальной гипертензией и тахикардией.

Как уже указывалось выше, у лиц с высокой толерантностью к опиоидам и далеко зашедшей опиоидной зависимостью колебания гемодинамических показателей при чередовании состояний наркотического опьянения и синдрома отмены могут быть выражены незначительно.

Снижение чувствительности дыхательных центров к повышенной концентрации двуокиси углерода в крови под действием опиоидов сменяется ее увеличением, что обусловливает возникновение тахипноэ. Угнетение кишечной перистальтики и запоры, развивающиеся под действием морфина и его аналогов, в период отмены наркотика сменяются усилением моторики кишечника и диареей и т. д. К примерам подобного рода относится возникновение в структуре абстинентного синдрома эрекции и эякуляции у мужчин, оргазма и меноррагии у женщин. В числе немногих исключений — тошнота и рвота, характерная как для опиг 'тной интоксикации, так и д ■ cw'poMa отмены.

Основные проявления синдрома отмены опиоидов таковы: тревога, беспокойство; нервозность; раздражительность; укороченный и поверхностный сон; влечение к наркотику; мидриаз; снижение аппетита; повышение температуры тела; тахикардия; артериальная гипертензия; слабость; потливость; озноб; пилоэрекция («гусиная кожа»); зевота; слезотечение; ринорея и чихание; повышенная секреция бронхиальных желез, хрипы в легких; боли в туловище и конечностях; диарея; схваткообразные боли в животе; тошнота и рвота; учащенное дыхание; повышение тонуса скелетной мускулатуры; тремор; оживление сухожильных рефлексов; акатизия; сексуальные дисфункции.

Усиление психопатологических (в первую очередь тревожно-аффективных) проявлений синдрома отмены опиоидов обычно коррелирует с увеличением гемодинамических показателей — АД и ЧСС (Бохан и соавт., 2005; Пронина, 2005).

Во многих случаях абстинентные состояния у больных опийной наркоманией характеризуется обезвоживанием, кетоацидозом и появлением кетоновых тел в моче. В крови нередко определяется лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ.

Синдром отмены опиоидов характеризуется снижением иммунной защиты, что, по-видимому, объясняется снижением общих компенсационных возможностей организма в связи с абстинентным физиологическим стрессом. Недостаточность иммунного ответа обусловливает относительную легкость возникновения пневмонии и других воспалительных заболеваний внутренних органов в период острых абстинентных проявлений. В то же время инфекционно-воспалительные процессы у больных опийной наркоманией нередко носят стертый характер и проявляются умеренными величинами лабораторных показателей (что, возможно, также объясняется изменением общей реактивности и вялостью иммунного ответа).

Продолжительность ОАС определяется фармакокинетическими особенностями опиоидов и тяжестью физической и психической зависимости, сформированной в ходе злоупотребления ими. Немаловажное значение имеет характер лечения (в тех случаях, когда оно проводится). При лечении абстинентных состояний они продолжаются, в зависимости от характера терапии, 3-10 дней и редко затягиваются до 12-15 дней; в отсутствие лечения продолжительность этих расстройств может в значительной степени возрастать.

12.10.3. Постабстинентный период и ремиссия опийной наркомании

Состояние острой отмены опиоидов у зависимых лиц и постабстинентный период не имеют четких границ. В период госпитального лечения наркомании с долей условности можно констатировать начало постабстинентного периода тогда, когда пациенты адаптированы к налтрексону и его повторное назначение не приводит к возникновению реабстинентных реакций (Сиволап, Савченков, 2000).

Постабстинентный период представляет собой переходное состояние между активной фазой и ремиссией наркомании (в тех случаях, когда ремиссия развивается) и характеризуется практическим отсутствием физической зависимости от опиоидов при сохранении признаков психической зависимости.

Для постабстинентного периода (особенно для его ранней фазы) характерна значительная выраженность психопатологических проявлений опиоидной зависимости. Психическое состояние пациентов в этой фазе болезни характеризуется снижением настроения, выраженными и стойкими нарушениями сна, тревожно-фобическими и ипохондрическими переживаниями. Именно в постабстинентный период, когда пациент находится в состоянии «неустойчивого равновесия» (Пятницкая, 1994), риск развития рецидива болезни очень высок в связи с сохраняющимся и нередко выраженным влечением к

наркотику, которое может принимать непреодолимый характер, особенно при эмоциональных стрессах или возникновении резидуальных абстинентных симптомов.

Постабстинентный период характеризуется постепенной стабилизацией соматического состояния и обменных процессов («восстановлением измененного гомеостаза», по Пятницкой, 1994).

Для ранней фазы постабстинентного периода, как и для периода острой отмены опиоидов, характерно снижение иммунитета, с чем связана легкость возникновения острых и обострения хронических висцеральных заболеваний. Как это нередко отмечается и при алкоголизме, регулярный прием опиоидов и других ПАВ маскирует симптоматику многих соматических и неврологических нарушений, и зачастую лишь продолжительная и стойкая отмена наркотика способствует их проявлению и распознаванию.

Общая продолжительность постабстинентных расстройств определяется взаимодействием ряда факторов, в том числе длительностью употребления ПАВ, тяжестью наркотической зависимости, фармакокинетическими особенностями опиоидов, общим состоянием физического и психического здоровья зависимых лиц. Считается, что в среднем она близка к 30 дням.

Продолжительность персистенции и тяжесть резидуальных абстинентных проявлений во многом зависит от характера лечения наркомании (в тех случаях, когда оно проводится). Эти показатели существенно снижаются при активном использовании патогенетически обоснованных методов лечения, в том числе при назначении опиоидных антагонистов. Прием налтрексона в ряде случаев поначалу обостряет абстинентную симптоматику, однако систематический прием препарата обычно позволяет добиться ее быстрого и полного исчезновения. Более подробно эти вопросы рассмотрены в главах, посвященных лечению опиоидной зависимости.

Полная ремиссия опийной наркомании характеризуется длительным воздержанием от употребления опиоидов и полным отсутствием признаков физической зависимости от них (тогда как психическая зависимость от наркотика лишь ослабляется, а в наиболее благоприятных случаях принимает латентную форму). У больных постепенно нормализуются психическое состояние и обменные процессы, восстанавливаются сон и аппетит.

Длительное воздержание от употребления опиоидов и других ПАВ способствует повышению иммунитета. В ряде случаев в период длительной ремиссии у больных наркоманией отмечается самопроизвольное улучшение течения многих инфекционных заболеваний, в том числе хронического гепатита и ВИЧ-инфекции.

Ремиссия наркомании характеризуется количественными и качественными показателями. Количественные показатели ремиссии отражают частоту ее достижения в популяции больных наркоманией и общую продолжительность воздержания от употребления наркотиков. Величины количественных показателей ремиссии существенно разнятся у различных авторов. Т. А. Киткина(1993), основываясь на данных многочисленных исследований, сообщает о годичной ремиссии у 5-38% больных опийной наркоманией. Многолетняя и тем более пожизненная ремиссия болезни достигается значительно реже.

Выбор количественных показателей ремиссии опийной наркомании во многом определяется критериями ее оценки, что зависит от методологических позиций исследователей. Например, понятие ремиссии при заместительной терапии опиоидной зависимости многие наркологи считают неприемлемым, несмотря на значительную редукцию основных проявлений наркомании при замещении «уличных» наркотиков официальными опиоидами. Качественные характеристики ремиссии включают наличие или отсутствие кратковременных эпизодов возвращения к опиоидам («микрорецидивов»), существование, характер и тяжесть психических нарушений. Типология ремиссии опреде-

ляется также характером и тяжестью вторичных аддиктивных расстройств. Наиболее распространенная их форма— викарное злоупотребление алкоголем.

К сожалению, полного воздержания от употребления опиоидов и тем более неопиоидных ПАВ удается добиться (вне зависимости от используемых лечебных подходов) лишь у незначительного меньшинства больных опийной наркоманией. Еще реже, по-видимому (точными сведениями по этому вопросу мы не располагаем, и вряд ли они могут быть получены в связи с приблизительным характером подобных оценок, вне зависимости от методик исследования), у лице опиоидной зависимостью развиваются спонтанные ремиссии с отказом от любых ПАВ.

У многих больных на ранних стадиях ремиссии отмечается повышенная восприимчивость к психотравмирующим воздействиям. Это создает почву для систематической актуализации патологических мотиваций в форме стержневого аддиктивного феномена — патологического влечения к ПАВ. Актуализация патологических мотиваций, а также их устойчивость к действию любых лекарственных средств — вот главные факторы, определяющие низкие количественные и качественные показатели ремиссии при опийной наркомании и неблагоприятный прогноз болезни.

Сложность и неоднозначность понятия ремиссии наркомании, значительные расхождения в определении этого термина разными авторами и, наконец, редкость достижения истинной ремиссии с полным воздержанием от употребления ПАВ привели к тому, что в зарубежной научной литературе данное понятие практически не рассматривается. В качестве критерия оценки течения опийной наркомании и эффективности различных лечебных программ значительно чаще используется такой признак, как снижение частоты употребления наркотика и его разовой дозы. Все чаще в качестве реального результата лечения рассматривается общее смягчение течения наркомании, в том числе достигаемое посредством заместительной терапии. Иными словами, одной из немногих достижимых целей в практике лечения опиоидной зависимости является «ремиссия без ремиссии» (Зобин, 2006).

Прогноз опийной наркомании, по нашему мнению, во многом определяется психопатологическими особенностями и динамикой психических нарушений, а также соотношением между психопатологическими состояниями с высокой и низкой курабельностью. Чем тяжелее психические расстройства, развивающиеся в связи с потреблением ПАВ, и чем менее восприимчивы эти расстройства к лечебному воздействию, тем более злокачественно протекает наркомания. Большую роль в развитии прогностически значимых психопатологических проявлений болезни играют преморбидные особенности личности больных.

В роли маркеров различных вариантов течения и предикторов прогноза опийной наркомании могут выступать как отдельные психопатологические симптомы и синдромы, так и типы личности больных.

Главные психопатологические критерии неблагоприятного прогноза опийной наркомании — следующие психопатологические феномены: выраженные преморбидные личностные девиации; стойкие ипохондрические состояния и крайние проявления специфической деформации личности по аддиктивному типу; сильные тенденции к злоупотреблению неопиоидными ПАВ (вторичные аддиктивные расстройства) в периоды воздержания от употребления опиоидов.

К числу критериев относительно благоприятного прогноза наркомании относятся следующие признаки: преморбидные характерологическое особенности ананкастного типа с развитием стойких опасений рецидива болезни в постабстинентном периоде и поведением, направленным на избегание провоцирующих рецидив ситуаций; преобла-

дание аффективных расстройств, близких к истинным депрессиям, в структуре постабстинентных психопатологических состояний; быстрая редукция постабстинентных психических расстройств; интактный характер основных преморбидных личностных характеристик даже в стажированных случаях болезни.

Примером прогностического действия последнего фактора могут быть случаи развития болезни у зрелых индивидов, чья структура личности не подвергается значительным изменениям даже при продолжительном злоупотреблении опиоидами. В числе прочих особенностей эти случаи характеризуются отсутствием сколько-нибудь значительного размывания нравственных ориентиров и отсутствием деликвентных тенденций даже в период наиболее тяжелых (синдром отмены и постабстинентный период) проявлений болезни. Отмеченные особенности, свидетельствующие об устойчивости ядра личности, должны, по-видимому, в первую очередь рассматриваться в качестве маркеров благоприятного прогноза, однако клиническая практика показывает, что и они, безусловно, не абсолютны.

Несмотря на отдельные наблюдения относительно доброкачественного течения и благоприятного исхода опийной наркомании, следует признать, что в целом данное заболевание характеризуется тенденцией к злокачественному течению и крайне неблагоприятным прогнозом. Об этом свидетельствуют низкие показатели частоты и продолжительности ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью в любых странах, вне зависимости от способов употребления наркотиков, этнокультуральных особенностей их потребителей и применяемых методов лечения.

Очевидно, что в основе низкой курабельности опиоидной зависимости лежат грубые мотивационные изменения, резистентные к лекарственной терапии. Память о наркотике и производимом им эффекте наслаждения обусловливает постоянное стремление больных к воспроизведению желанных состояний. Это стремление выражено тем сильнее, чем более тяжелый психический (или психофизический) дискомфорт переживает зависимый индивид. Предельная и в большинстве случаев не уменьшаемая никакими противовесами желанность достигаемых с помощью наркотика состояний «беспроблемное™» и наслаждения формирует постоянную субъективную потребность в опиоидах, что на клиническом уровне проявляется систематической актуализацией патологического влечения к наркотику.

Развившаяся на основе систематического злоупотребления опиоидами грубая аберрация личности есть не что иное, как нажитая психическая конституция (или приобретенная диспозиция, в понимании Ясперса, 1913), способная, в относительно благоприятных случаях, претерпевать определенное обратное развитие, а при злокачественном течении болезни уже никогда не исчезающая.

В связи с нажитой аддиктивной психической конституцией (даже при значительном восстановлении доболезненной структуры личности в наиболее благоприятных случаях) больные опийной наркоманией остаются под угрозой рецидива в течение всей жизни, несмотря на сколь угодно высокую продолжительность ремиссии.

Следует оговориться, что приведенные здесь критерии течения и прогноза опийной наркомании, близкие к общепринятым, достаточно относительны. В середине 1990-х гг. мы наблюдали несколько пациентов с крайне неблагоприятными преморбидными особенностями личности и очень тяжелыми личностными, мотивационными и аффективными расстройствами, в подавляющем большинстве случаев маркирующими злокачественное, безремиссионное течение наркомании. Лечение данных пациентов, как и многих других больных с близкими психопатологическими характеристиками, оказалось неэффективным, и нами было сделано заключение о крайне неблагоприятном прогнозе

их болезни. Несмотря на это, спустя несколько лет они обратились к нам за консультативной помощью с целью обследования и лечения вирусного гепатита. В соответствии с подтвержденными их родственниками сведениями, данные пациенты находились в стойкой ремиссии и не употребляли никаких ПАВ. Отмеченное явление указывает на неабсолютный характер психопатологических (равно как и любых других) предикторов прогноза наркомании. Кроме того, эти и некоторые другие наблюдения показывают, что в ряде случаев ремиссия наркомании достигается не во время лечения, оказавшегося неэффективным, а спустя несколько недель или месяцев. Выздоровление наступает усилиями самих больных, без врачебного вмешательства или с минимальным вмешательством. Вопрос о том, является подобная ремиссия спонтанной или же в ее развитии играет роль проведенное незадолго до этого и представляющееся неудачным лечение, остается неясным.

Помимо психопатологических проявлений опиоидной зависимости, существенную роль в течении и прогнозе наркомании играют внеболезненные (социальные, этнические, тендерные) факторы.

Лица с низким уровнем образования и занятости, а также представители низших слоев населения обладают худшими возможностями для социальной адаптации как одного из условий относительно благоприятного прогноза заболеваний аддиктивного круга.

Показатели течения и прогноза наркомании существенно различаются в различных этнических группах. В США наиболее высокая частота неблагоприятного и осложненного течения наркомании отмечается у представителей черного населения. Афроамериканцы чаще, чем испаноязычные жители и представители белого населения США, демонстрируют высокопрогредиентное течение героиновой зависимости и полинаркоманические тенденции, обнаруживают более высокую частоту коморбидных психических расстройств, проявляют худшие показатели занятости и более высокий уровень криминальной активности (Bickel, Rizutto, 1991; Roberts, 2000; Boyd et al., 2004). Для афроамериканцев характерна более высокая частота сопутствующих наркомании инфекционных заболеваний, относительно низкие показатели вовлечения в лечебные программы и удержания в них (Johnson et al., 2002; Boyd et al., 2004).

К числу дискуссионных вопросов наркологии относится оценка прогностического значения тендерного фактора у лиц с опиоидной зависимостью. По данным многочисленных исследований (соответствующим в этом вопросе нашим собственным наблюдениям), течение и прогноз опийной наркомании у женщин в целом благоприятнее, чем у мужчин. В США мужской пол и принадлежность к африканской расе рассматриваются в качестве значимых предикторов плохого прогноза аддиктивных заболеваний (Festinger et al., 1995; Hartzetal., 1995; Grella, Joshi, 1999). Для женщин, страдающих героиновой зависимостью, характерен более активный поиск медицинской помощи, чем для мужчин (Boyd et al., 2004).

На худшие показатели эффективности лечебных программ у мужчин указывают R. S. Schottenfeld и соавт. (1998), наблюдавшие 80 мужчин и 37 женщин, проходивших лечение в связи с героиновой наркоманией. Авторы сообщают, что в целом больные мужского пола чаще употребляют ПАВ (в том числе «уличные» наркотики) во время лечения, демонстрируют более низкие показатели удержания в лечебных программах и худшие признаки ремиссии.

Несмотря на относительно более благоприятные показатели течения наркомании в целом, женщины, страдающие опиоидной зависимостью, демонстрируют худшие показатели социальной и семейной адаптации и более тяжелые пограничные психические нарушения, в частности более выраженные и затяжные аффективные расстройства (Bickel,

ЮЗак. 3806

Rizutto, 1991). Это свидетельствует о худших адаптивных возможностях у женшин, злоупотребляющих опиоидами, в сравнении с мужчинами.

Примечательны указания на половые различия не только в течении и прогнозе наркотической зависимости, но и в легкости ее формирования. Показано, что вне зависимости от возраста мужчины вовлекаются в злоупотребление ПАВ значительно легче, чем женщины, и у них быстрее формируется зависимость от наркотиков (Van Etten et al., 1999; Passos, Camacho, 2001). Мужчины (особенно молодого возраста) чаще женщин совершают правонарушения, чаще злоупотребляют алкоголем в ремиссии наркомании и обнаруживают полинаркоманические тенденции (Bickel, Rizutto, 1991; Hansen, 1997).

Результаты зарубежных исследований и наши собственные наблюдения не согласуются с данными М. Л. Рохлиной и С. О. Мохначева (2001), указывающими на более высокую прогредиентность и относительно неблагоприятные течение и прогноз опийной наркомании у женщин в сравнении с мужчинами. Возможно, причиной этих расхождений служат различия наблюдавшихся нами и другими исследователями пациентов, а также выбор нашими оппонентами контингентов потребителей ПАВ.

12.11. Психические нарушения у больных опийной наркоманией

Систематическое злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость характеризуются широким спектром психопатологических проявлений. Психические расстройства у больных опийной наркоманией сопутствуют всему течению болезни, претерпевая закономерное утяжеление и усложнение, и приобретают максимальное клиническое выражение в период острой отмены опиоидов, отражая тягостные проявления абстинентного синдрома. Практически во всех случаях психопатологические состояния обнаруживают тенденцию к затяжному течению, сохраняясь в том или ином виде в период ремиссии.

Психические нарушения пограничных психопатологических регистров оказывают неблагоприятное влияние на течение и прогноз наркомании, являются одной из ведущих причин недостаточного удержания пациентов в лечебных программах и развития рецидива болезни.

12.11.1. Расстройства влечений и стойкие изменения личности

По нашим данным, в активной фазе опийной (героиновой) наркомании личностные сдвиги той или иной степени выявляются практически у всех пациентов, тогда как выраженные преморбидные личностные девиации отмечаются менее чем в половине случаев (Сиволап, 2003).

Отмеченному противоречию может быть дано следующее объяснение. Эпидемический характер заболевания, его высокая «контаг иозность» (Пятницкая, 1994) способствуют вовлечению в злоупотребление ПАВ лиц как с высокой, так и с минимальной степенью предрасположенности к возникновению наркотической зависимости (или, что значительно менее вероятно, при полном отсутствии этой предрасположенности).

В формировании привыкания к опиоидам без видимого предрасположения, т. е. у «условно здоровой личности», могут участвовать, как мы полагаем, три основных фактора: I) «внешний» фактор (влияние окружения; доступность наркотиков; свойственная молодежной популяции терпимость к их употреблению); 2) «внутренний» фактор (отсутствие чувства опасности, в том числе связанной с риском формирования зависимости при употреблении ПАВ; любопытство, проявляющееся поиском ощущений; обычное стремление к развлечению, не являющееся в строгом смысле слова патологиче-

ским); 3) «фармакологический» фактор (возникновение положительного подкрепления; формирование фармакологической толерантности при употреблении экзогенных опиоидов; стремление к воспроизведению субъективно притягательных состояний наркотического опьянения).

Взаимодействие перечисленных факторов может способствовать формированию пристрастия к наркотику с быстрым развитием зрелых форм наркомании даже у лице минимальной предрасположенностью к аддиктивным расстройствам. Как правило, заметные личностные изменения у больных развиваются уже в первые месяцы употребления опиоидов, и лишь в немногих, относительно благоприятных, случаях появляются к 3^1-му году болезни.

Стойкие личностные сдвиги у больных опийной наркоманией, как проявления нажитой в ходе злоупотребления ПАВ психической конституции, представляется уместным обозначать такими терминами, как *аддиктивная деформация личности или патологическое развитие личности по аддиктивному типу.*

Аддиктивная деформация личности у больных опийной наркоманией имеет следующие ключевые проявления: 1) постоянная гипертрофированная потребность в удовольствиях, определяющая формирование стойких нарушений влечений и аддиктивное поведение больных; 2) резкое снижение переносимости дискомфорта; 3) низкие пороги восприятия психогенных раздражителей и повышенная психическая уязвимость; 4) стойкое стремление к модуляции собственного состояния с помощью ПАВ (первичное и вторичное влечение к наркотику); 5) выраженный эгоцентризм, смещение нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения; 6) мотивационный коллапс.

Патологической основой быстро развивающихся личностных изменений у злоупотребляющих опиоидами лиц служат мотивационные нарушения, что в первую очередь проявляется доминирующим положением наркотиков в иерархии их субъективных ценностей. Свойственная любому индивиду потребность в положительных эмоциональных состояниях и психофизическом комфорте у лиц, злоупотребляющих опиоидами, носит гипертрофированный характер, преобладает над другими потребностями и практически не поддается волевому контролю.

Если на ранних этапах наркотизации прием опиоидов позволяет больным эпизодически добиваться резкого улучшения психофизического состояния (путем достижения наркотического опьянения со свойственной ему эйфорией), то в период сформированной наркотической зависимости опиоиды приобретают значение эссенциальной субстанции, когда систематический прием наркотика позволяет достичь субъективно приемлемого уровня активности. Своевременное употребление определенной дозы наркотика — условие нормального (или субнормального) личностного функционирования. Прием наркотика, таким образом, по своей значимости становится сопоставимым с т. н. висцерогенными потребностями (к которым относятся потребности в питании, выделении, размножении). Кроме того, доминирующее значение регулярного употребления наркотиков в иерархически организованной совокупности мотиваций практически уравнивает потребность в приеме опиоидов у больных наркоманией с т. н. первичными (фундаментальными) психологическими потребностями (например, в автономии, самозащите, чувственных ощущениях и пр.; Maslow, 1971).

Сдвиг в иерархии потребностей лиц, злоупотребляющих опиоидами, приводит к возникновению феномена, обозначенного нами как *аттрактивный*[1] *таксис.* Этот феномен проявляется в том, что у больных в первую очередь возникают и реализуются моти-

' От лат. attractivus и англ. attractive — «притягательный, привлекательный».

вации и осуществляются поведенческие акты, вызывающие позитивно окрашенные переживания. Предпочтительными становятся виды деятельности, обладающие известной субъективной притягательностью *(аттрактивностью).* Тропизм к субъективно предпочтительным видам деятельности и избегание негативных эмоциональных переживаний влечет за собой снижение толерантности к любым проявлениям дискомфорта, как психического, так и физического.

Регулярный прием опиоидов уже на ранних этапах формирования наркотической зависимости начинает играть роль оптимального способа достижения комфортных состояний благодаря таким характеристикам, как быстрота и легкость воспроизведения, особая притягательность (аттрактивность) психических ощущений, вызванных действием наркотика. Феномен, таким образом, уже на стадии непродолжительной регулярной наркотизации перерастает рамки собственно опиоидной зависимости и начинает выступать в качестве проявления расстройства более общего порядка — аддиктивной психологии.

Все вышесказанное позволяет констатировать, что у больных опийной наркоманией гипотетическая церебральная «система вознаграждения» (reward system) эксплуатируется не только фармакологическим путем (в ходе систематического употребления наркотиков), но и психогенным путем (в ходе измененного витального функционирования). Если пользоваться терминами психологии, поведение больных приобретает адиентный характер (увеличивающий воздействие вызвавшего его стимула) по отношению к любым объектам (ситуациям), повышающим степень комфорта, и абиентный (уменьшающий воздействие вызвавшего его стимула) — по отношению к объектам (ситуациям) противоположного свойства.

Хроническая эксплуатация «системы вознаграждения», видимо, в известной мере способствует характерной для больных редукции трудовой и социальной активности. Ежедневная рутинная («невознаграждаемая») деятельность (работа, учеба), требующая мотивационно подкрепленных систематических усилий, не приводит к удовлетворению субъективной потребности в удовольствиях у больных, в связи с чем успешность этой деятельности быстро регрессирует. Состояния психического удовлетворения, которого здоровые субъекты стремятся достичь путем систематических затрат физических и душевных сил, больные опийной наркоманией способны обрести значительно более «экономным» с точки зрения прилагаемых усилий быстрым и легко воспроизводимым методом, а именно путем употребления наркотика. Закономерно, что в связи с выраженными мотивационными нарушениями большинство больных не считают нужным отказываться от соблазна «короткого пути»; вследствие этого существующий у любого индивида баланс между объективно необходимым и субъективно желаемым у лиц с опиоидной зависимостью резко и стабильно смещается в сторону субъективно желаемого.

Интолерантность к дискомфорту и связанная с этим субъективная непереносимость сниженного самочувствия (тесно связанные с описанными в предыдущем разделе главы невротическими феноменами) создают основу для опережающего (по отношению к развитию абстинентных симптомов) употребления наркотиков, формирует тенденцию к сопутствующему приему алкоголя, транквилизаторов и снотворных средств.

Таким образом, именно непереносимость дискомфорта можно рассматривать в качестве ядерного психологического феномена, лежащего в основе психического компонента опиоидной зависимости и своеобразных изменений личности при опийной наркомании. Интолерантность к дискомфорту играет роль системообразующего фактора в формировании многих непсихотических психопатологических состояний, в первую оче-

редь расстройств тревожно-ипохондрического круга. Вероятно также, что данная особенность может рассматриваться в качестве базового патопсихологического феномена, определяющего особый и универсальный тип психопатологического (аддиктивного) реагирования лиц со сформированной опиоидной зависимостью на неблагоприятные эмоциональные воздействия.

Как указывалось выше, выраженные характерологические сдвиги, грубая аберрация мировоззрения и изменение стиля взаимоотношений с близкими у большинства больных опийной наркоманией развиваются стремительными темпами. Сформировавшиеся изменения личности не подвергаются затем существенному усугублению.

Дальнейшее течение болезни, с периодами воздержания от приема наркотиков или без них, осложняется развитием соматических проблем, усилением симптомов энцефалопатии, но проявления психологической деформации больных уже не претерпевают существенных изменений. Поэтому, по нашему мнению, опийная наркомания отличается ранним развитием зрелых форм и может рассматриваться в качестве заболевания, в известном смысле не имеющего прогредиентности. Болезнь, имеющая крайне малую курабельность, стремительно достигает апогея психопатологических проявлений, после чего практически останавливается в своем развитии.

Экстраморбидные (внеболезненные) мотивации (привязанность к близким и ответственность за них, стремление к профессиональному успеху и социальному престижу и др.) у многих больных сохраняются и частично реализуются, хотя и находятся в коллабированном состоянии.

Существование и активность экстраморбидных мотиваций (отражающих, по сути, степень социальной компенсации) детерминирована, по нашему клиническому впечатлению, прежде всего доболезненным душевным складом, а не тяжестью наркотической зависимости (говорить о градации которой в ходе клинического анализа зрелых случаев заболевания представляется не вполне уместным).

Примечательно, что тяжесть психопатических изменений не обнаруживает видимых взаимосвязей с продолжительностью наркотической зависимости и дозами принимаемых наркотиков; более того, наиболее резкие личностные сдвиги с манипулятивно-иждивенческнми тенденциями и размыванием нравственных ориентиров чаще отмечаются у молодых пациентов со сравнительно небольшой продолжительностью болезни, нежели в группе пациентов со стажированной наркотической зависимостью.

Существенно, по нашему мнению, то, что зрелость опийной наркомании как психического заболевания определяется не тяжестью развивающейся на фоне хронической интоксикации энцефалопатии, не возникающими психическими расстройствами экзогенного типа, а свойственными только аддиктивным нарушениям особенностями стойких мотивационных и личностных изменений.

Подобно изменениям личности, происходящим в связи с другими причинами, аддиктивные личностные расстройства представляют собой психопатологический феномен, относительно резистентный к действию психотропных лекарственных средств.

Аддиктивная деформация личности у больных опийной наркоманией создает почву для персистенции психопатологических нарушений аффективного и невротического регистров и стойкости первичного влечения к наркотику. Стойкая персистенция психопатологических состояний, резистентных или относительно резистентных к различным видам терапии, во многом определяет неблагоприятный прогноз болезни.

Общеизвестно, что употребление наркотиков и криминальная активность сопутствуют друг другу (Дмитриева и др., 2003; Пятницкая, Найденова, 2002; Гофман, 2003; Franken et al., 2001; Baker etal., 2002). Снижение уровня правосознания в том или ином видеотмеча-

ется у всех лиц, злоупотребляющих опиоидами. По нашим данным, свыше 90% лиц, злоупотребляющих героином, по меньшей мере однажды совершают уголовное преступление, а к суду привлекается практически каждый третий больной наркоманией (Сиволап, 2004).

Размывание нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения происходят уже на ранних этапах злоупотребления наркотиками, выступая наряду с другими изменениями личности и расстройствами невротического спектра в роли форпостных психопатологических проявлений опиоидной зависимости. Эти особенности, а также преобладание аддиктивных влечений и угасание внеболезненных (социально приемлемых) мотиваций лежат в основе многократно описанного в литературе феномена т. н. моральной деградации больных наркоманией, в ряде случаев достигающей степени «нравственного слабоумия» (Смулевич, 1983; Рохлина, 1999; Пятницкая, Найденова, 2002; Дмитриева и др., 2003; Bleuler, 1920; Staehelin, 1967).

Степень криминализации больных наркоманией, частота совершения ими противоправных действий определяется многими факторами, основные из которых — преморбидный тип личности, уровень социальной адаптации и тяжесть личностных расстройств, формирующихся в ходе злоупотребления наркотиками. Так, ВИЧ-инфицированные больные наркоманией чаще совершают преступления, чем пациенты без ВИЧ-инфекции (Madoz-Gurpide et al., 2001).

Из этого вряд ли стоит делать вывод, что ВИЧ-инфекция per se способствует снижению уровня правосознания, хотя развивающаяся в связи с вирусной нагрузкой энцефалопатия и реактивные психопатологические образования могут играть здесь определенную роль. Следует также учитывать, то ВИЧ-инфицированные пациенты в целом отличаются от других больных наркоманией главным образом более частой принадлежностью к относительно неблагополучным социальным контингентам.

Преступления, совершаемые больными опийной наркоманией, обычно носят вынужденный характер и обусловлены необходимостью получения средств на очередную дозу наркотика. Чаще всего больные совершают криминальные действия в период ОАС и сравнительно редко — в состоянии наркотического опьянения (Клименко и др., 2004).

Весьма характерно для больных наркоманией, особенно для пациентов молодого возраста, сочетание амбициозности и иждивенчества. Многие пациенты не имеют собственных средств к существованию, при помощи надуманных поводов или угроз регулярно требуют у родителей деньги для приобретения очередных доз наркотиков или погашения долгов перед сбытчиками. При этом, несмотря на паразитический стиль жизни, больные нередко демонстрируют резко завышенную самооценку и высокомерное отношение к окружающим. Типична ситуация, когда родители больных наркоманией тратят большую часть семейного бюджета на содержание и лечение своих детей. Некоторые семьи *cfl* скромными доходами вынуждены регулярно одалживать деньги, причем расходы на больного нередко превышают совокупные расходы на всех остальных членов семьи. Несмотря на бедственное положение своих семей, многие пациенты курят дорогие сигареты, носят модную одежду, пользуются престижными моделями телефонов, заявляя, что более скромные потребности задевают их самолюбие.

Приблизительно у 20% больных опийной наркоманией отмечается злокачественный тип аддиктивной деформации личности, представленный, в зависимости от характера преобладающих личностных изменений, тремя клиническими вариантами (без резких границ между ними): ипохондрическим, манипулятивно-шантажным и асоциальным (Сиволап, 2004). В подавляющем большинстве этих случаев неблагоприятные изменения личности по аддиктивному типу развиваются на почве выраженных преморбидных личностных девиаций.

Аддиктивная деформация личности, ее основное и конечное выражение — перманентная и доминирующая потребность в наркотике — представляет собой феномен, относительно резистентный к медикаментозному воздействию, что объясняет низкую результативность любых программ лечения наркомании, несмотря на широкий арсенал применяемых в психиатрии и наркологии лекарственных средств.

Фармакорезистентности патологического влечения к ПАВ может быть дано, по нашему мнению, следующее объяснение. Современные психотропные препараты оказывают влияние на процессы межнейронной передачи ацетилхолина, норадреналина, дофамина, серотонина и других нейротрансмиттеров. Очевидно, что аддиктивные мотивации относятся к сфере патологических установок и, таким образом, представляют собой не столько психопатологический, сколько аномальный психологический феномен. В этом качестве они несводимы к изменению нейрофизиологических процессов и, следовательно, мало способны или вообще не способны устраняться при изменении метаболизма нейротрансмиттеров, на синаптическую передачу которых воздействуют современные психотропные средства, в том числе нейролептики и антидепрессанты.

12.11.2. Расстройства невротического спектра

Характерная особенность ядерных психопатологических проявлений опийной наркомании — аддиктивной деформации личности и перманентной потребности в наркотике — заключается в том, что они находятся в тесной связи с расстройствами невротического спектра.

Расстройства невротического спектра имманентны опийной наркомании, что во многом объясняется фармакологическими свойствами опиоидов. Очевидно, систематическое злоупотребление веществами, обладающими седативным, снотворным и анксиолитическим (противотревожным) действием, а тем более физическая зависимость от этих веществ в период их отмены, не может не проявляться развит ием тревоги, беспокойства и бессонницы как психопатологических феноменов невротического регистра.

Невротические феномены при опийной наркомании представлены следующими основными категориями: 1) тревожные и фобические расстройства; 2) ипохондрические расстройства; 3) расстройства сна; 4) вегетативные расстройства; 5) астенические состояния.

Вегетативные и астенические расстройства не специфичны для опиоидной зависимости и отражают лишь фазные состояния болезни, тогда как проявления двух первых типов расстройств из приведенного перечня играют немаловажную роль в развитии характерных личностных сдвигов, формируют специфический психический облик больных и оказывают существенное влияние на прогноз наркомании.

Одно из наиболее значимых расстройств невротического спектра у больных опийной наркоманией — *фобия отмены.* Этот феномен отмечается уже на ранних этапах развития физической зависимости от опиоидов, достигает апогея своего развития в зрелых фазах болезни и проявляется перманентной охваченностью больных тревожными мыслями о необходимости своевременного употребления наркотика с целью предотвращения тягостного абстинентного дискомфорта.

Наряду со стремлением к наркотическому удовольствию, составляющему основу первичного влечения к ПАВ, фобия отмены служит главным мотивом к продолжению употребления опиоидов. Страх перед абстинентным дискомфортом у больных наркоманией приобретает витальный характер и заставляет их принимать наркотик раньше и в большей дозе, чем этого требует их физическое состояние. Это явление, обозначенное

нами как *феномен аддиктивного опережения* (Сиволап, 2004), лежит (наряду с другими факторами) в основе постепенного повышения субъективно потребных доз опиоидов. Вследствие функционирования этого психологического механизма у больных опийной наркоманией наряду с фармакологической толерантностью еще более стремительными темпами возрастает «психическая» толерантность к наркотику.

Тревожно-фобические расстройства вместе с другими психопатологическими феноменами (например, снижением порогов психогенного реагирования и повышением психической уязвимости) способствуют формированию ипохондрических нарушений у больных опийной наркоманией.

Существенную роль в психопатологии опиоидной зависимости играют также расстройства сна, достигающие степени полной бессонницы при отмене наркотика. Страх перед абстинентной бессонницей *(агрипнофобш)* у многих больных сопоставим со страхом абстинентного болевого синдрома и является частной разновидностью (или, скорее, компонентом) фобии отмены. Расстройства сна, а также их фобическая персеверация — одна из причин сочетанного злоупотребления опиоидами и лекарственными препаратами снотворно-седативной группы.

12.11.3. Аффективные расстройства

В порядке убывания частоты аффективные расстройства у больных опийной наркоманией представлены тремя клиническими категориями: I) дисфорическими проявлениями; 2) депрессивными синдромами; 3) гипоманиакальными состояниями.

Основные и наиболее распространенные аффективные нарушения у лиц, злоупотребляющих опиоидами, — дисфории. Дисфорические состояния наряду с невротическими феноменами и стойкими изменениями личности служат ядерным психопатологическим проявлением опиоидной зависимости, определяя психический облик и поведение больных наркоманией.

Подобно другим психическим нарушениям, дисфории достигают максимального клинического выражения в период ОАС и в ранний постабстинентный период. При длительном воздержании от употребления наркотиков дисфорические состояния подвергаются значительной редукции, однако готовность к раздражению и склонность к легко возникающим аффективным разрядам остается, хотя и в значительно смягченном виде, у многих больных.

Дисфорические реакции демонстрируют очевидную связь с другими клиническими проявлениями наркомании, не сопровождаются характерными для пароксизмальных состояний электроэнцефалографическими признаками и не обнаруживают заметной редукции при назначении антиконвульсантов. Перечисленные особенности этих состояний позволяют относить их не к истинным дисфориям, а к метааддиктивным (обусловленным опиоидной зависимостью) расстройствам.

Отдельную группу среди больных опийной наркоманией составляют пациенты с дисфорическими состояниями, характеризующимися спонтанным развитием и стойкостью клинических проявлений. Эти состояния развиваются вне связи с синдромом отмены или внешними факторами, отражают приобретенные церебральные изменения органического типа, сопровождаются электроэнцефалографическими изменениями пароксизмалыюго типа и уменьшаются под влиянием антиконвульсантов, что позволяет относить их к категории истинных дисфории.

Вопросы диагностической квалификации депрессивных нарушений у больных опийной наркоманией представляют известную сложность. Диагностические границы де-

прессивных синдромов и частота их выявления существенно различаются у разных авторов.

По нашим наблюдениям, неглубокие и обратимые депрессивные расстройства отмечаются менее чем у половины больных опийной наркоманией, и лишь у 10% пациентов депрессивные синдромы имеют достаточную глубину и характерные психопатологические проявления, позволяющие относить их к истинным депрессиям (Сиволап, 2004).

Частота выявления депрессий коррелирует с продолжительностью употребления опиоидов, тяжестью наркотической зависимости и степенью соматоневрологического отягощения болезни. Депрессивные состояния чаще испытывают ВИЧ-инфицированные больные (Fernandez Miranda et al., 2001; Avants et al., 2004; Boyd et al., 2004).

Многие авторы отмечают стертый и атипичный характер депрессивных расстройств при наркоманиях (Надеждин, 2000; Благов и др., 2002). М. Л. Рохлина и соавт. (2003) указывают на преобладание аффекта безрадостности, опустошения в постабстинентном периоде опийной наркомании. Е. М. Крупицкий и соавт. (2003) ставят, по сути, знак равенства между понятиями «постабстинентное состояние» и «синдром ангедонии».

Многие отечественные исследователи рассматривают аффективные расстройства у больных наркоманией в качестве «маски» патологического влечения к наркотику или компонента этого влечения (Альтшулер и др., 1998; Иванец, 1999; Клименко, Субханбердина, 2002; Рохлина, 2002; Винникова, 2004).

А. В. Надеждин (2000), основываясь на атипичном характере клинических проявлений и динамики аффективных нарушений при наркоманиях, рассматривает их природу как «этиопатогенетически удаленную от природы депрессивных расстройств эндогенного происхождения». Депрессивные нарушения расцениваются автором как «феноменологически близкие к маскированным депрессиям в понимании С. Н. Мосолова» (имеется в виду, что аффективная симптоматика у больных наркоманией маскируется не соматическими, а иными психопатологическими феноменами — тревожными, обсессивными, фобическими и другими расстройствами).

Присоединяясь к мнению А. В. Надеждина (2000) и некоторых других исследователей, можно высказать предположение, что нейробиологические механизмы, лежащие в основе депрессивных состояний у больных опийной наркоманией, отличаются от механизмов развития эндогенных и психогенных депрессий, а это позволяет ставить под сомнение правомерность отнесения этих состояний к кругу истинных аффективных расстройств.

Редкость истинных депрессий у больных опийной (героиновой) наркоманией — один из аргументов в пользу отстаиваемой нами точки зрения о нецелесообразности широкого использования антидепрессантов в комплексном лечении опиоидной зависимости.

К числу редких психопатологических синдромов при опийной наркомании относятся гипоманиакальные состояния. Эти расстройства развиваются преимущественно у лиц гипертимного склада, исключительно в постабстинентном периоде, почти всегда в случаях неосложненного течения синдрома отмены.

Гипоманиакальные синдромы при опийной наркомании характеризуются повышенным настроением, стремлением к деятельности, практическим отсутствием жалоб на самочувствие, удовлетворенностью собственным состоянием и проводимым лечением. Как правило, аффективные расстройства этого типа (подобно метааддиктивным дисфориям и неглубоким депрессиям) подвергаются спонтанной редукции по мере общей нормализации психического самочувствия больных.

12.11.4. Расстройства пищевого поведения

Нарушения пищевого поведения ранее не описывались в исследованиях, посвященных клиническим проявлением и психопатологии опиоидной зависимости. Проведенное нами исследование показывает, что изменения пищевого поведения отмечаются у всех лиц, страдающих опиоидной зависимостью (Сиволап, 2004).

Расстройства пищевого поведения у больных опийной (героиновой) наркоманией представлено следующими тремя типами: I) снижение аппетита с возникновением пищевых предпочтений в активной фазе болезни; 2) резкое повышение аппетита в период острой отмены опиоидов и в постабстинентный период; 3) наклонность к перееданию в период ремиссии наркомании.

Снижение аппетита (гипорексия) отмечается у подавляющего большинства больных опийной наркоманией в активной фазе болезни. Нарушения питания возникают рано, уже в первые месяцы систематического употребления опиоидов. Пациенты перестают принимать пищу с прежней периодичностью. Общий объем принимаемой в течение дня пиши у большинства больных заметно снижается по сравнению с преморбидным периодом. Характерным способом питания становится «перекусывание на ходу», при этом явное предпочтение отдается лакомствам, в первую очередь сладостям. Пристрастие к сладкому на фоне систематического употребления опиоидов возникает практически у всех больных опийной наркоманией, в том числе и у прежде равнодушных к нему.

Колебания аппетита (при общем его снижении) проявляют связь с фазными состояниями опиоидной зависимости: аппетит повышается в период наркотического опьянения, снижается через несколько часов после употребления опиоидов и обычно полностью исчезаете появлением первых признаков отмены наркотика.

Снижение аппетита и нарушение пищевого поведения приводит к неизбежному снижению массы тела у большинства больных. Дефицит веса определяется продолжительностью употребления опиоидов и их дозой, конституциональными особенностями больных и составляет примерный диапазон от4 до 25 кг.

В периоды ремиссии наркомании аппетит и прежние гастрономические привычки восстанавливаются практически у всех больных. Как правило, в течение I- 5 недель устраняется дефицит массы тела, причем более чем в половине случаев заметная прибавка массы тела происходит уже в ранней фазе постабстинентного периода. Примечательно, что приобретенное в ходе употребления наркотиков пристрастие к сладкому как стойкая нажитая особенность сохраняется примерно в 80% случаев.

Отмеченный тип расстройств пищевого поведения имеет диагностическое значение. Снижение аппетита и появление пищевых предпочтений с быстро развивающимся похуданием больных — это один из первых сигнальных симптомов рецидива болезни после периода воздержания от опиоидов. Перечисленные симптомы могут использоваться правильно инструктированными родственниками больных для своевременного распознавания возврата к наркотикам.

Резкое повышение аппетита (булимия) отмечается приблизительно в каждом пятом случае и доходит до прожорливости в период ОАС (но, как правило, не ранее 2-3 дня лечения) и в постабстинентный период.

Типичны для больных этой группы дополнительные всплески повышенного аппетита после приема снотворных препаратов и во время отхода ко сну. Следует отметить, что наклонность к перееданию в анамнезе отмечается далеко не у всех пациентов данной группы. Полная редукция абстинентной симптоматики в большинстве случаев сопровождается нормализацией пищевого влечения.

Необходимо оговориться, что булимический тип нарушений пищевого поведения почти исключительно отмечается в случаях эффективного лечения синдрома отмены, когда объективные признаки абстинентного состояния у больных выражены слабо или полностью отсутствуют. Критическая отмена опиоидов при отсутствии лечебных процедур, напротив, сопровождается анорексией.

Склонность к перееданию отмечается меньше чем у 10% больных опийной (героиновой) наркоманией. Она характерна для периода ремиссии, проявляется повышенным аппетитом и пристрастием к высококалорийным лакомствам, особенно к сладким блюдам.

Данный тип расстройств пищевого поведения, таким образом, в известной мере может рассматриваться как промежуточный между первыми двумя типами. Степень повышения аппетита и превышение нормативных количеств съедаемой пищи не позволяют говорить о наличии у больных булимического синдрома.

Определенного интереса заслуживает отмеченная у некоторых пациентов с данным типом нарушений пищевого поведения склонность к употреблению пива. Как показало исследование, проведенное В. А. Савченковым (2003), викарное злоупотребление алкоголем у большинства больных наркоманией ассоциируется со стремлением преодолеть тревогу, избежать неприятных эмоциональных переживаний и избавиться от других проявлений психического дискомфорта. В большинстве случаев викарного употребления алкоголя пациенты видят в нем легальную альтернативу наркотику. В то же время больные с описываемым здесь типом расстройств пищевого поведения употребляют пиво, предпочитая его другим спиртным напиткам, почти исключительно со столовыми целями (обычно во время сытного обеда или ужина). Таким образом, пиво рассматривается больными не столько в качестве психоактивной субстанции, отчасти заменяющей наркотик, сколько в качестве компонента питания.

12.11.5. Острые психозы

В классических описаниях клиники и психопатологии опийной наркомании (Бориневич, 1963; Пятницкая, 1975; Морозов, Боголепов, 1984; Пятницкая, 1994) об острых психозах практически нет упоминаний, либо они рассматриваются в качестве редкого осложнения ОАС (Стрельчук, 1956).

Сообщения последних лет позволяют рассматривать развитие острых психозов при отмене опиоидов у зависимых лиц как характерное или, по крайней мере, нередкое клиническое явление (Стрелец, Уткин, 1998; Линденбаум, 2000; Тихомиров и др., 2001; Dalmau etal., 1999). По нашим данным, при неадекватном использовании психотропных средств острые психозы могут развиваться во время острой отмены опиоидов у 10% больных (Сиволап, 2003).

Психотические состояния манифестируют в период максимальных проявлений абстинентного синдрома, обычно на 2—4-й дни отмены наркотика (в чем, наряду с некоторыми другими признаками проявляется их сходство с алкогольными психозами). Как и при алкогольных делириях, помрачение сознания чаще развивается вечером или ночью.

Симптоматика острых психозов типична для делириев и не имеет специфических черт, патогномоничных для опиоидной зависимости (единственной специфической характеристикой можно, видимо, считать «наркоманическую» фабулу психотических переживаний).

В основе острых делириев при опийной наркомании лежит взаимодействие двух факторов: абстинентного и фармакогенного (обусловленного неадекватным примене-

нием психотропных средств с выраженной холинолитической активностью). Изолированное действие любого из этих факторов не приводит к развитию психозов, поэтому тщательный подбор лекарственных препаратов и исключение антихолинергических средств из лечебных схем позволяет предельно минимизировать частоту острых делириев при опийной наркомании.

Острые абстинентные психозы у больных опийной наркоманией характеризуются относительно доброкачественным течением и благоприятным исходом. Проявления относительно доброкачественного течения этих психозов — следующие признаки, отличающие их от delirium tremens potatorum:

- отсутствие типичных для алкогольного делирия наплывов зрительных галлюцинаций и выраженного психомоторного возбуждения;
- отсутствие характерных колебаний аффекта («боязливой веселости», по Жислину, 1965);
- отсутствие тяжелых висцеральных и неврологических осложнений;
- отсутствие гипертермии центрального генеза;
- наклонность к спонтанной (и тем более терапевтической) редукции;
- отсутствие продромальных судорожных припадков и исходов в энцефалопатию корсаковского типа.

Наряду с делирием в период острой отмены опиоидов могут развиваться острые психозы параноидного типа. Параноидные расстройства чаще встречаются у больных среднего и старшего возраста с большой продолжительностью употребления ПАВ и значительным соматоневрологическим отягощением наркомании.

В период госпитального лечения, на высоте ОАС, у больных вначале появляется «параноидная настроенность» (Пятницкая, 1994), а затем и убеждение в том, что сотрудники клиники «подкуплены», хотят их умертвить, в том числе и с целью получения донорских органов, либо отправить в тюрьму.

Подобно делириям, параноидные психозы развиваются на фоне острой отмены опиоидов. Как и делириозные психозы, параноидные состояния имеют транзиторный характер, но могут продолжаться в течение нескольких дней, до полного купирования абстинентного синдрома, с периодическим затухающим возобновлением резидуальной персекуторной симптоматики в постабстинентном периоде.

Нами выделены следующие факторы риска развития острых абстинентных психозов у больных опийной (героиновой) наркоманией (Сиволап, Савченков, 2005):

- злоупотребление алкоголем в анамнезе (особенно в сочетании с перенесенными металкогольными психозами);
- сопутствующее опиоидной зависимости злоупотребление препаратами снотворно-седативной группы или дифенгидрамином (димедролом);
- органическое поражение мозга травматической или другой этиологии;
- большая продолжительность наркомании, зрелый и пожилой возраст больных;
- острые воспалительные заболевания в период ОАС.

В качестве одного из факторов, провоцирующих абстинентные психозы при опийной наркомании, рассматривается использование трамадола (трамала) в схемах лечения синдрома отмены (Малин, Костицын, 2001).

Можно предположить, что способность трамадола вызывать помрачение сознания связана с его агонистическим воздействием на a-тип опиоидных рецепторов. Нейротоксические свойства трамадола, сближающие его с меперидином, находят отражение в отмеченной А. И. Ланеевым (2004) способности данного препарата снижать порог судорожной готовности.

Развитие психозов у больных опийной наркоманией при отмене опиоидов, ранее считавшееся нехарактерным, возможно, в определенной степени следует объяснять патоморфозом болезни, отмечаемым в последнее десятилетие (Чирко, Демина. 2002).

Примечательно, что абстинентная симптоматика по миновании острого психоза нередко бывает сглаженной, а то и вовсе отсутствует. Таким образом, можно считать, что психоз играет роль «обрывающего» фактора по отношению к синдрому отмены, уподобляясь в этом отношении ускоренной опиоидной детоксикации или биологическим подходам к купированию ОАС. Можно предположить, что в основе обрыва синдрома отмены лежит тяжелый нейрофизиологический стресс, или, точнее, острая церебральная недостаточность, развивающаяся как при делириозном помрачении сознания, так и при введении налтрексона на фоне высокой толерантности к опиоидам и возникающем при этом мгновенном полярном изменении функционального состояния опиоидных рецепторов.

Существуют подходы к лечению опийной наркомании, основанные на преднамеренной провокации делирия (Гофман, Лошаков, 1985). Цель этих подходов, рассматриваемых ниже, — сокращение продолжительности ОАС и подавление влечения к наркотикам.

12.12. Диагностика опиоидной зависимости

В типичных случаях злоупотребление опиоидами характеризуется значительными изменениями внешнего облика и психического состояния больных. Неизбежное для систематической интоксикации снижение уровня физического здоровья также накладывает отпечаток на внешний вид потребителей наркотиков.

Редко систематическое употребление наркотиков и сформированная физическая зависимость не сопровождаются выраженными внешними проявлениями, так что родственники потребителей опиоидов могут годами ничего не знать об их пристрастии.

Диагностика опийной наркомании основывается на следующих критериях:

- быстрое нарастающее расстройство психики и поведения (беспричинные колебания настроения, агрессивность, скрытность, лживость);
- заметное снижение успехов в учебе и профессиональной деятельности, сужение круга интересов;
- изменение круга общения;
- расстройства питания, заметное снижение массы тела;
- расстройства сна, изменение суточных ритмов сна и бодрствования;
- определение наркотиков и их метаболитов в моче.

Форпостные симптомы типичных случаев опиоидной зависимости (в том числе ее ранних стадий) — расстройства психики и поведения. Больные становятся раздражительными, агрессивными, эмоционально неустойчивыми. Быстро наступает отчуждение от родных и близких, появляются лживость и скрытность, изменяется (всегда в худшую сторону) круг общения. Нарастает, а в некоторых случаях приобретает крайние формы эгоцентризм. Снижается интерес к учебе и работе, человек становится безответственным. Пациенты систематически не выполняют взятые на себя обязательства. Настораживающими косвенными признаками аддиктивных расстройств становятся прежде несвойственные пациентам денежные траты и склонность к образованию долгов.

Тяжесть нарушений психики и поведения у больных опийной наркоманией определяется не столько продолжительностью болезни и дозами употребляемых наркотиков, сколько преморбидными особенностями личности. Кроме того, определенное значение имеет противодействие употреблению ПАВ со стороны окружения больных.

Для систематического и в то же время скрытого от родных инъекционного употребления наркотиков больные часто и надолго уходят из дома. Большая часть времени тратится не столько на употребление наркотика, сколько на поиск средств для его приобретения и само приобретение, нередко затрудненное, а также (при диффузном склерозировании вен) на поиск венозного доступа для введения наркотика.

Пациенты надолго запираются в ванной или собственной комнате, что (если это не было свойственно им раньше) бросается в глаза окружающим. Из-за хронических запоров больные могут подолгу засиживаться в уборной.

В связи с нарушениями пищевого поведения (снижением аппетита и структурными изменениями питания с общим уменьшением количества принимаемой пищи, предпочтением лакомств и сладких блюд) опиоидная зависимость характеризуется быстро нарастающим снижением массы тел.

Безусловное значение для диагностики наркомании имеет частое и резкое изменение аффективного состояния больных, чередование периодов раздражения и благодушия. Если эмоциональные перепады сопровождаются заметным изменением величины зрачков, диагноз злоупотребления опиоидами (или неопиоидными ПАВ) практически не вызывает сомнений. Констатация наркомании становится бесспорной, когда к перечисленным выше симптомам добавляются расстройства сна, особенно если они возникают у лиц молодого возраста.

Типично для больных опийной наркоманией изменение суточного ритма («ночная жизнь»): смещенное за полночь засыпание и позднее пробуждение.

Эпизодическое злоупотребление опиоидами в некоторых случаях может стимулировать либидо, однако сформированная опиоидная зависимость характеризуется стойким снижением полового влечения.

В ремиссии наркомании отмечается постепенная редукция перечисленных расстройств. В благоприятных случаях степень восстановления психического здоровья и физиологических функций может достигать практически доболезненного уровня. Новое появление охарактеризованных выше симптомов (особенно их совокупности) — один из достоверных признаков рецидива болезни.

Косвенным указанием на высокую вероятность употребления наркотиков служит выявление антител к HBV, HCV и (особенно) HIV-1 у лиц молодого возраста.

Окончательная верификация диагноза наркомании происходит при обнаружении ПАВ и их метаболитов в биологических жидкостях (наиболее доступен способ диагностики, не требующий участия специалистов-наркологов, выявляющий наличие метаболитов ПАВ в моче с помощью иммунохроматографических тест-систем).

12.13. Медицинские и социальные последствия злоупотребления опиоидами

Злоупотребление опиоидами сопровождается развитием широкого спектра инфекционных заболеваний, неинфекционного поражения внутренних органов и неврологических расстройств.

По данным NIDA (U. S. National Institute on Drug Abuse), злоупотребление запрещенными наркотиками в США служит причиной не менее чем 25 000 смертей ежегодно, а связанные с этим ежегодные экономические потери приближаются к 100 млрд долларов (Harwood et al., 1998; цит. по: O'Connor et al., 2000). Общие социальные потери, связанные с нелеченными случаями опиоидной зависимости в Торонто, в 1996 г. превысили 5 млн канадских долларов (Wall et al., 2000). Эти потери складывались из ущерба от пре-

ступлений, совершаемых потребителями наркотиков, расходов на содержание специальных подразделений правопорядка, а также затрат на лечение последствий злоупотребления опиоидами — вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Поражение органов и систем у лиц, злоупотребляющих опиоидами, связано со следующими основными причинами: 1) нестерильное парентеральное введение наркотиков; 2) токсическое и местное раздражающее влияние наркотиков и загрязняющих примесей к ним на органы и ткани; 3) снижение иммунитета.

Нестерильное парентеральное введение различных ПАВ, вне зависимости от их фармакологических, токсикологических и наркогенных свойств, представляет собой главную причину возникновения сопутствующих наркомании инфекционных болезней и обусловливает принятое во многих странах понятие потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) (injection drug users, IDUs).

Снижение иммунитета у больных опийной наркоманией объясняется многими причинами. Не последнюю роль среди них играет прямое иммуносупрессивное влияние опиоидов.

Острая и хроническая опиоидная интоксикация способствует угнетению многих гуморальных и клеточных иммунных реакций, включая выработку антител, активность естественных киллеров, пролиферацию Т-лимфоцитов, экспрессию цитокинов, выработку интерферона и фагоцитарную активность. Экспериментальное введение опиоидов in vivo стимулирует процессы, вызывающие уничтожение иммунокомпетентных клеток (Chang, 1984; Novick et at., 1989; Vallejo et al„ 2004).

Наряду с иммуносупрессивным и иммуноцитоцитолитическим действием опиоиды могут проявлять и свойства клеточных протекторов. При введении морфина в культуры лимфоцитов, зараженные вирусом иммунодефицита обезьян, показано уменьшение клеточного апоптоза, лизиса лимфоцитов и продолжение репликации вируса (Suzuki etal.,2003).

Введение лабораторным животным некоторых ПАВ, в том числе героина, вызывает патологические изменения в нейронах, регулирующих иммунные реакции (Friedman, Eisenstein, 2004). Опиоиды ведут себя подобно цитокинам и воздействуют на иммунитет через центральные и периферические опиоидные рецепторы, вызывая каскад нейрохимических реакций, предположительно локализованных в нейронах гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси (Vallejo et al., 2004).

Некоторые исследователи полностью отрицают неблагоприятное влияние метадона и других опиоидов, применяемых в программах заместительной терапии. Подавление иммунитета является имманентным фармакологическим свойством морфина и его аналогов в той же мере, как и влияние этих препаратов на функцию внешнего дыхания, кишечную перистальтику и другие физиологические функции. Безусловно, иммунный статус у лиц с продолжительным пребыванием в метадоновых программах выше, чем у потребителей уличных наркотиков, однако полностью игнорировать влияние метадона на иммунитет мы не считаем правомерным. Доказано дозозависимое снижение иммунитета, обусловленное продолжительным употреблением метадона, у реципиентов метадоновых программ (Alonzo, Bayer, 2002).

Приведенные данные, а также результаты многих других исследований позволяют утверждать, что снижение иммунитета при злоупотреблении опиоидами в известной степени определяется их прямым нейротропным влиянием. Более того, недостаточно изученную, но несомненную роль в иммунных реакциях играет взаимодействие идентифицированных в последние годы опиоидных рецепторов иммунокомпетентных клеток с их эндогенными и экзогенными лигандами (Vallejo et at., 2004).

Необходимо отметить, что наши собственные клинические наблюдения и данные других отечественных авторов позволяют говорить об умеренной и средней степени соматоневрологической отягощенности опийной наркомании (Гехт и др., 2003; Дмитриева и др., 2003; Сиволап, 2004). В то же время результаты зарубежных исследований свидетельствуют о значительно более высоких частоте и тяжести поражения ЦНС и заболеваний внутренних органов у лиц, страдающих опиоидной зависимостью.

Сопоставимые эпидемиологические показатели в популяции больных наркоманией в России и западных странах распространяются лишь на основные инфекционные заболевания, характерные для ПИН — вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию.

По нашему мнению, выраженные расхождения отечественных и зарубежных данных о степени соматоневрологического отягощения опиоидной зависимости объясняются (в числе прочих причин) значительными различиями среднего возраста больных наркоманией в России и западных странах.

В то время как в США, Канаде и западноевропейских странах средний возраст больных близок к 40 годам (Amass etal., 1996; Manekelleretal.,2004; Sherman etal.,2004), в России и сопредельных государствах этот показатель примерно вдвое ниже. Относительно молодым возрастом и небольшой средней величиной продолжительности злоупотребления опиоидами объясняются относительно невысокие показатели (по сравнению с США и странами Европы) висцерального и неврологического отягощения опийной наркомании в российской популяции больных. Кроме того, можно предположить, что определенную роль в степени соматоневрологического отягощения опийной наркомании играет показатель выживаемости больных.

Очевидно также, что спектр и тяжесть сопутствующих опиоидной зависимости висцеральных и церебральных расстройств в той или иной степени зависит от применения программ заместительной терапии, причем последняя может играть в этом процессе двоякую роль. С одной стороны, устранение (пусть даже и частичное) фактора нестерильного парентерального употребления запрещенных наркотиков уменьшает инфекционную заболеваемость больных наркоманией. С другой стороны, метадоновые программы и аналогичные им подходы повышают выживаемость злоупотребляющих опиоидами лиц, а также — в ряде случаев — способствуют своего рода консервации опиоидной зависимости, что, возможно, служит причиной увеличения общей продолжительности употребления ПАВ и, следовательно, накопления висцеральных и неврологических расстройств.

Среди инфекционных болезней, сопутствующих злоупотреблению опиоидами, наиболее значимы как по частоте, так и по тяжести последствий, вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. В США наиболее неблагоприятные эпидемиологические показатели в отношении ВИЧ-инфекции отмечены в афроамериканской субпопуляции потребителей наркотиков, что объясняется низким уровнем вовлечения и удержания больных в лечебных и профилактических программах, в частности в программах антиретровирусной терапии (Johnson et al,, 2002; Boyd et el., 2004).

Афроамериканским ПИН свойственны и другие сравнительно неблагоприятные показатели тяжести и течения опиоидной зависимости и сопутствующих ей психопатологических феноменов.

Распространенность отдельных инфекционных болезней неодинакова в различных возрастных группах больных наркоманией. При исследовании проблемы вирусных инфекций у реципиентов метадоновых программ оказалось, что максимальная распространенность вирусного гепатита С (92%) отмечается у пациентов 45-49 лет, а ВИЧ-инфекции (45%)— у больных 35-39 лет (Piccolo etal., 2002).

В связи с выраженными различиями в показателях среднего возраста ПИН в России и западных странах, приведенные данные не могут экстраполироваться на российскую популяцию больных наркоманией, однако дают представление о некоторых эпидемиологических закономерностях.

Некоторые исследования (Gyarmathy et al., 2002; Matos et al., 2004; Thorpe et al., 2004), а также наши собственные клинические данные показывают, что у лиц, систематически злоупотребляющих опиоидами, но никогда не вводивших наркотик инъекционным путем, реже, чем у ПИН, но также выявляются антитела к HBV, HCV и HIV-1. Предполагается, что основным путем вирусной трансмиссии у этой категории больных является незащищенный секс (Gyarmathy et al., 2002).

12.13.1. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты — наиболее распространенное (более 95%) и достаточно опасное инфекционное заболевание у потребителей наркотиков, во многом определяющее общее состояние соматического здоровья и показатели выживаемости больных.

Вирусный гепатит С(ВГС) является самой частой формой инфекционного поражения печени вследствие потребления наркотиков и диагностируется у 65-85% лиц, злоупотребляющих опиоидами (Мишнаевский, 2001; Волчкова и др., 2002; Berson et al., 2001; Quaglio et al., 2003), причем частота его выявления коррелирует с продолжительностью злоупотребления ПАВ (Мишнаевский, 2001).

Тяжесть медико-социальной проблемы ВГС определяется высокой частотой хронификации гепатоцеллюлярного поражения и нередким исходом в цирроз печени. Своевременная диагностика ВГС существенно затруднена из-за преобладания стертых (безжелтушных) и субклинических форм болезни, и обнаружение маркеров гепатита обычно является случайной лабораторной находкой.

Вирусный гепатит В (ВГВ) занимает второе место по частоте распространения у больных наркоманией среди всех форм поражения печени. В России заболеваемость острыми формами ВГВ за последние 20 лет увеличилась на 219%. Во многих российских городах отмечен рост заболеваемости ВГВ среди подростков, что в первую очередь (наряду с ранним началом половой жизни и сменой партнеров) связывается с парентеральным употреблением наркотиков (Волчкова и др., 2002).

Как и гепатит С, ВГВ склонен к хронификации и исходу в цирроз печени. Кроме того, показана связь между данной формой вирусного гепатита и гепатокарциномой: до 80% случаев рака печени развивается вследствие ВГВ.

Наряду с ВГС и ВГВ у больных наркоманией, как и в общей популяции, выявляются другие формы вирусных гепатитов. К их числу относится вирусный гепатит D, несуществующий в виде самостоятельного заболевания, а развивающийся в ассоциации с ВГВ (размножение вируса гепатита D нуждается в репликации HBV) в порядке коинфекции или суперинфекции. Распространенность гепатита D в среде больных наркоманией значительно превышает популяционные показатели. Поражение печени нередко вызывается вирусами т. н. герпетической группы. Предметом дискуссий является связь между поражением печени и вирусами гепатита G и TTV.

Для большинства больных опийной наркоманией характерно вирусное поражение печени смешанной этиологии: HBV + HCV, реже HBV + HCV + HDV (Мишнаевский, 2001; Волчкова и др., 2002; Шахмарданов, Надеждин, 2002).

В большинстве случаев пациенты поступают в наркологическую клинику с ранее перенесенными и в связи с преобладанием стертых форм болезни недиагностированны-

ми вирусными гепатитами. В тех относительно немногочисленных случаях, когда больные поступают в клинику в острой фазе гепатита, его симптомы маскируются проявлениями абстинентного состояния. В связи с этими обстоятельствами особое значение в своевременном распознавании вирусных гепатитов имеет серологическая диагностика.

12.13.2. ВИЧ-инфекция

Средние показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, в разных популяциях больных и по разным оценкам, составляют20-35% (Должанская, Бузина, 2002; Шахмарданов, Надеждин, 2002; Sanchez-Carbonell, Vilaregut, 2001; Celentano, 2003; Bassani et al., 2004; Puigdollers et al., 2004).

В общей структуре смертности больных наркоманией смертность в связи с ВИЧ-инфекцией достигает 32%, приближаясь к показателю летальной передозировки опиоидов (3 7%) (Quaglio et al., 2001).

Наряду с нестерильным парентеральным введением ПАВ, значимым фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции среди злоупотребляющих наркотиками и в общей популяции, является проституция больных наркоманией женщин (Yahne et al., 2002; Spittal et al., 2003; Berg et al., 2004). Немалую роль в распространении ВИЧ-инфекции играют злоупотребляющие ПАВ гомосексуалисты (Winger et al., 1992; Friedman et al., 2003).

Опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция оказывают взаимное усугубляющее влияние: злоупотребление ПАВ приводит к общему утяжелению течения и прогноза ВИЧ-инфекции, а неврологические расстройства и психопатологические последствия ВИЧ-инфекции способствуют развитию аддиктивных расстройств.

Злоупотребление ПАВ влияет на увеличение частоты и тяжести церебральных проявлений инфекционного процесса (El Hage et al., 2005). В связи с этим неврологические нарушения у злоупотребляющих героином ВИЧ-инфицированных лиц развиваются быстрее, чем у абстинентов (Nath et al., 2002).

Повреждающим действием HIV-1 на нервную ткань и снижением иммунитета объясняется развитие таких форм неврологического поражения ЦНС у больных наркоманией, как инсульт, периферическая нейропатия, вакуолярная миелопатия, оппортунистические нейроинфекции и первичная ВИЧ-энцефалопатия.

Ускоренное развитие неврологических проявлений ВИЧ-инфекции объясняется непосредственным влиянием опиоидов на патогенез ВИЧ-поражения ЦНС благодаря прямому иммуномодулирующему влиянию и модулированию реакций нервной ткани на воздействие вируса.

В экспериментальных исследованиях показано изменение функций астроцитов в культурах нейроглиальных клеток мышей под действием морфина и одного из видов ВИЧ-белков — токсичного вирусного протеина HIV-1 Tat. Астроциты проявляют функциональную связь с u-рецепторами и могут служить мишенью повреждающего действия экзогенных опиоидов. Синергическое действие морфина и HIV-1 Tat приводит к повышению внутриклеточного содержания ионов Ca^{2+}, высвобождению хемокинов и интерлейкина*6, повышению активности моноцитов и макрофагов, что способствует увеличению уязвимости ткани мозга к повреждающему действию вируса. Синергическое повреждающее действие опиоидов и HI V-1 Tat влечет за собой повреждение striatum, глиоз и нарушения двигательной функции.

Существуют указания на повышенную уязвимость дофаминергических нейронов при совокупном нейротоксическом действии компонентов HI V-1 и опиоидов (Nath et al., 2002; Khurdayan et al., 2004).

Предполагается также, что нейродегенеративные нарушения у ВИЧ-инфицированных потребителей ПИН связаны с активизацией процессов запрограммированной смерти нейронов, и цитотоксические реакции возникают при стимулирующем действии экзогенных опиоидов на ц-рецепторы (Khurdayan et al., 2004). Поскольку астроциты участвуют в работе гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и модулируют передачу процессов возбуждения в ЦНС, их повреждение в результате совокупного действия опиоидов и ВИЧ-белков приводит к различным нарушениям центральной регуляции и повышению проницаемости ГЭБ (El Hage et al., 2005). Можно предположить, что повышение проницаемости ГЭБ у ВИЧ-инфицированных лиц, злоупотребляющих ПАВ, влечет за собой увеличение риска ускоренного развития токсической энцефалопатии.

Примечательно, что в ходе эксперимента процитированными авторами было показано предупреждение повреждающего действия морфина и HIV-1 Tat в тех случаях, когда в клеточные культуры вводился антагонист опиоидных рецепторов в-фуналтрексамин. Это позволяет высказать предположение, что используемые в клинической практике опиоидные антагонисты, в первую очередь налтрексон, могут играть роль нейропротекторов для ВИЧ-инфицированных лиц, злоупотребляющих опиоидами.

Опиоиды способствуют усилению репликации HIV-1 и активизации ВИЧ-инфекции, прежде всего благодаря подавлению синтеза хемокинов (Vallejo et al., 2004). Отмечено снижение эффективности антиретровирусной терапии и, в частности, недостаточное подавление активности вирусной РНК у ВИЧ-инфицированных лиц при возобновлении злоупотребления наркотиками и алкоголем (Palepu et al., 2003).

Опиоиды in vivo и in vitro подавляют процессы репарации, осуществляемые с участием периферических лимфоцитов, при повреждении ДНК, вызванном физическими и химическими мутагенами. Супрессия репарационных процессов приводит к нарастанию генетических повреждений с активизацией обмена между вирусом и клеткой хозяина близкими по структуре хроматидами и образованием внутриклеточных микроядер, увеличению скорости клеточных мутаций и процессов апоптоза. Одновременно с этим ускоряется рост и размножение HIV-1 (равно как и других родственных лентивирусов, в частности вируса иммунодефицита обезьян). В свою очередь, мутация HIV-1 с изменением активности вирусных транскриптазы и протеазы, накоплением вирусов-мутантов приводит к прогрессивному повышению резистентности ВИЧ-инфицированных лиц к антиретровирусной терапии. Предполагается, что эти процессы лежат в основе ускоренного развития неврологических осложнений ВИЧ-инфекции (Madden et al., 2002).

Злоупотребление ПАВ у ВИЧ-инфицированных лиц повышает риск развития герпеса, возвратной пневмонии, а также оппортунистических бактериальных и вирусных инфекций (Morrow et al., 1983; Leclech et al.. 1997; Friedman, Eisenstein, 2004; Thorpe et al., 2004).

Не менее чем у 10% ВИЧ-инфицированных лиц выявляется туберкулез, и ПИН среди них формируют группу повышенного риска. У ВИЧ-инфицированных лиц чаще, чем в общей популяции, развиваются внелегочные (в том числе церебральные) формы туберкулеза, включая туберкулезный менингит, болезнь Потта, туберкулезный абсцесс мозга (Bishburgetal., 1986; Havlir, Barnes, 1999).

Серьезную проблему для клинической практики представляет существенное нарастание тяжести психических нарушений у больных опийной наркоманией в связи с ВИЧ-инфекцией. Ухудшение психического состояния больных происходит как вследствие первичной ВИЧ-энцефалопатии, так и в связи с вторичными психогенными расстройствами, обусловленными реакцией на выявление фатального заболевания.

Аддиктивная деформация личности у больных опийной наркоманией формирует почву для особых типов предпочтительного психопатологического реагирования. В со-

ответствии с особенностями реакции на стресс улице опиоидной зависимостью выявление опасного заболевания, существенно сокращающего продолжительность жизни, часто приводит не к развитию ремиссии наркомании, а к утяжелению аддиктивных расстройств.

12.13.3. Сифилис

Распространенность венерических заболеваний у лиц, злоупотребляющих опиоидами, превышает популяционные показатели. Сифилис диагностируется примерно у 1%, гонорея — у 3%, хламидиаз — у 5% больных героиновой наркоманией (Friedman et al., 2003).

Неблагоприятные показатели распространенности венерических заболеваний в первую очередь объясняются характерным для среды больных наркоманией незащищенным сексом с частой сменой половых партнеров и частым занятием проституцией женщин, потребляющих наркотики.

Сифилис и ВИЧ-инфекция, как в общей популяции, так и в среде больных наркоманией нередко сопутствуют друг другу. Клинические проявления сифилиса нередко маскируются симптомами ВИЧ-инфекции, что существенно затрудняет диагностику (особенно при серонегативных формах сифилиса).

Сифилис, как и многие другие инфекционные и венерические болезни, часто остается нераспознанным у больных опийной наркоманией в связи с низким уровнем их обращаемости за лечебной помощью.

12.13.4. Туберкулез

Распространенность туберкулеза в среде больных наркоманией по ряду причин (нестерильное парентеральное введение наркотиков, снижение иммунитета и подверженность инфекционным болезням, нередкая принадлежность к низшим социальным слоям) значительно превышает популяционные показатели.

В США в среде больных наркоманией распространенность туберкулеза близка к 15%, а туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в среднем составляет 11 % (Lopez et al., 1998;Sanchez-Carbonell, Vilaregut, 2001). Распространенность туберкулеза имеет относительно более высокие величины у пациентов со стажированной наркоманией и лиц, подвергавшихся тюремному заключению.

J. Portilla и соавт. (2001), проводя обследование 189 больных героиновой наркоманией, находящихся на поддерживающем лечении метадоном, обнаружили положительные туберкулиновые пробы в 59,2% случаев. G. Quaglio и соавт., наблюдавшие 237 ПИН, обнаружили положительную реакцию Манту (с диаметром папулы больше 5 мм) у 25,7% из них. Приведенные величины можно рассматривать в качестве указания на высокую распространенность латентного туберкулеза у больных наркоманией и необходимости диагностического скрининга с помощью туберкулиновых проб.

В последние годы отмечено повышение частоты посмертной диагностики не диагностировавшегося при жизни туберкулеза у ПИН (Браженко, Браженко, 2003).

Присоединение микобактериальной инфекции приводит к утяжелению течения опийной наркомании и нарастанию ее соматоневрологического отягощения. В свою очередь, злоупотребление ПАВ приводит к ухудшению течения и прогноза туберкулеза.

У ПИН, страдающих туберкулезом, повышается неспецифическая восприимчивость к дополнительному инфицированию, в том числе к развитию оппортунистических инфекций. Снижение иммунной защиты у больных туберкулезом потребителей наркоти-

ков в определенной мере объясняется вторичным клеточным иммунодефицитом (Браженко, Браженко, 2003).

12.13.5. Герпес

Вирус простого герпеса (Herpes simplex) и другие вирусы т. н. герпетической группы (вирус опоясывающего герпеса, вирус Эпштейна—Барр, цитомегаловирус и вирус герпеса восьмого типа, HHV-8) относятся к категории наиболее распространенных возбудителей оппортунистических инфекций у больных опийной наркоманией.

Активизация вирусов герпетической группы и других возбудителей оппортунистических инфекций у больных опийной наркоманией обусловлена снижением иммунитета, в том числе связанным с обсуждавшимся выше прямым иммуносупрессивным действием опиоидов. Частота развития оппортунистических инфекций существенно возрастает у ВИЧ-инфицированных ПИН.

В настоящее время обсуждается участие вирусов герпетической группы в поражении внутренних органов (в первую очередь печени) у больных опийной наркоманией. Предполагается также, что с этими вирусами связаны поражение ЦНС и периферическая полиневропатия.

12.13.6. Грибковые заболевания

Наиболее распространенное грибковое заболевание у лиц, злоупотребляющих опиоидами, — кандидоз. Данный вид грибкового поражения развивается как самостоятельно, так и в ассоциации с бактериальными и вирусными инфекциями.

Характерно развитие кандидоза у ВИЧ-инфицированных больных наркоманией. По данным D. Greenspan и соавт. (2000), псевдомембранозный кандидоз у ВИЧ-инфицированных развивается в 3 раза чаще, а эритематозный кандидоз — в 9 раз чаще, чем у больных наркоманией без признаков ВИЧ-инфекции.

В зависимости от ряда факторов, в том числе состояния иммунитета, кандидоз может быть локальным либо системным. Опасная форма локального кандидоза — грибковое поражение сердечных клапанов, требующее в ряде случаев хирургического вмешательства.

Грибковые поражения, в явной или скрытой форме, отмечаются почти у всех пациентов со стажированной и соматически отягощенной опиоидной зависимостью, сочетающейся с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими тяжелыми инфекционными болезнями. Относительно легко микозы развиваются при массивной и продолжительной терапии антибиотиками у ПИН, страдающих инфекционным эндокардитом и другими септическими заболеваниями.

С высокой вероятностью на наличие кандидоза у больных наркоманией указывают стоматит и ангулярный хейлит (McPhailt et al., 2002).

12.13.7. Профилактика инфекционных и венерических болезней у потребителей наркотиков

Предупреждение распространения инфекционных болезней, в первую очередь вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, достигается различными путями. Во многих странах мира наиболее действенными из них считаются программы заместительной терапии, позволяющие снизить частоту нестерильного парентерального введения уличных нар-

котиков, и программы «снижения вреда» (harm reduction) (Рохлина, Иванец, 1999; Должанская, Бузина, 2002; Friedman et al., 2002; Richard et el., 2002; Avants et al., 2004).

Программы «снижения вреда» в первую очередь включают обмен использованных больными шприцев или игл на новые, что позволяет уменьшить вероятность инъекционной передачи возбудителей, и выдачу больным презервативов для уменьшения передачи инфекционных агентов половым путем (Richard et al., 2002; Avants et al., 2004).

Специалисты университета штата Висконсин (США) на основании опроса, проведенного 239 ПИН в возрасте 13-25 лет, живущих в Санкт-Петербурге (Россия), установили, что 41% потребителей наркотиков пользуются общими шприцами. 70% опрошенных сообщили о незащищенном сексе с частой меной половых партнеров. На основании* полученных данных авторы публикации делают вывод, что без срочного применения специальных профилактических программ ситуация с ВИЧ-инфекцией станет катастрофической (Somlai et al., 2002). Это мнение разделяется Е. М. Крупицким и соавт. (2003), сообщившими, что в периоде 1997 по2001 г. число ВИЧ-инфицированных ПИН в Санкт-Петербурге возросло с 56 до 7678, а в Ленинградской области — с 6 до 1912 человек, и высказавшими предположение, что при использовании программ заместительной терапии темпы роста этих показателей были бы не столь угрожающими.

К сожалению, изучение мирового опыта применения паллиативных подходов к решению обсуждаемой проблемы позволяет констатировать выраженные различия между их потенциальными возможностями и достигаемыми результатами.

Достаточно скептическая оценка программам обмена шприцев дана Е. Wood и соавт. (2001), опросившими 776 ПИН в Ванкувере (Канада) и установившими, что не менее трети опрошенных пользуются общими шприцами и используют их повторно, несмотря на активное функционирование пунктов замены.

Во Франции, несмотря на широкую распространенность программ обмена шприцев (в том числе через специальные торговые автоматы), 45% больных наркоманией используют шприцы повторно и 18% пользуются общими шприцами (Valenciano et al.,2001).

Объяснение этому небрежению очевидными правилами гигиены и безопасности, видимо, следует искать в типичных для наркологических больных изменениях личности с определенной девальвацией норм и представлений, не способствующих или (тем более) противоречащих доминирующей задаче своевременного и беспрепятственного употребления ПАВ.

Улучшение эпидемиологических показателей в популяции больных наркоманией достигается благодаря профилактике вирусного гепатита В с помощью активной вакцинации (Волчкова и др., 2002; Quaglio et al., 2003; Kuo et al., 2004; Lugoboni et al., 2004).

Наиболее действенной мерой снижения распространенности ВИЧ-инфекции в популяции больных наркоманией и ВИЧ-ассоциированной смертности считается сочетание высокоактивной антиретровирусной терапии (highly active antiretroviral therapy, HAART) и обмена шприцев (Cohen et al., 2004; Altice et al., 2003). В «Совместной позиции» Всемирной организации здравоохранения, Управления ООН по наркотикам и преступности и Объединенной программы ООН по проблемам ВИЧ/СПИД, разработанной в 2003 г., обосновывается необходимость применения с этой же целью программ заместительной терапии опиоидной зависимости.

Своевременное лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза, адекватная терапия антибиотиками острых воспалительных процессов способствуют снижению частоты и тяжести других инфекционных болезней у больных наркоманией.

12.13.8. Поражение внутренних органов

К числу наиболее распространенных висцеральных расстройств у лиц, злоупотребляющих опиоидами, относятся поражение печени и болезни сердечно-сосудистой системы.

Поражение печени. Первое место в структуре висцеральных болезней у лиц, злоупотребляющих опиоидами, занимает полиэтиологическое поражение печени. В его основе лежат острые и хронические формы рассмотренных выше *вирусных гепатитов.* Частота поражения печени при опийной (героиновой) наркомании приближается к 100%.

Примечательно, что опиоиды в чистом виде обладают, за редкими исключениями, невысокой висцеротоксичностью вообще и незначительными гепатотоксическими свойствами, в частности. Вне вирусного инфицирования и при изолированном употреблении опиоидов (в отсутствие употребления других ПАВ) у больных опийной наркоманией практически нет признаков поражения печени. Более того, даже при вирусном поражении печени (в том числе сочетанном инфицировании вирусами гепатитов С и В) у лиц, злоупотребляющих опиоидами, проявления цитолитического синдрома и прогредиентность гепатоцеллюлярного поражения печени выражены слабее, чем у больных алкоголизмом. Можно предположить, что эти различия объясняются умеренным гепатотоксическим действием опиоидов по сравнению с алкоголем, а также иммуносупрессивными эффектами опиоидов, что служат причиной снижения обшей реактивности и вялого течения воспалительных процессов у больных опийной (героиновой) наркоманией. В связи с невысокой прогредиентностью печеночного процесса мы лишь в очень редких случаях наблюдаем циррозы печени у больных опийной наркоманией даже при большой продолжительности злоупотребления ПАВ и множественном инфицировании возбудителями вирусных гепатитов.

Неблагоприятное течение хронического гепатоцеллюлярного поражения нередко отмечается у больных, злоупотребляющих алкоголем в ремиссии опийной наркомании. Редкие алкогольные эксцессы сопровождаются повышением сывоторочных уровней ГГТ, АСТ и АЛТ, причем повышение ГГТ — это самый чувствительный биохимический маркер даже редких и непродолжительных эпизодов злоупотребления алкоголем. Это облегчает диагностику алкогольных эксцессов как при алкоголизме, так и при вторичном злоупотреблении алкоголем в ремиссии наркомании (Савченков, 2003). Необходимо отметить, что эпизоды злоупотребления опиоидами в ремиссии наркомании не сопровождаются заметными биохимическими изменениями.

Немалую роль в формировании полиэтиологического поражения печени играет немедицинское употребление лекарственных препаратов снотворно-седативной группы, часто сочетающееся со злоупотреблением опиоидами.

Полиэтиологическое поражение печени у больных наркоманией представляет одно из главных противопоказаний к активному применению психотропных средств, в том числе и в программах превентивной (противорецидивной) терапии.

Поражение сердца и сосудов. Злоупотребление опиоидами приводит к многообразному поражению сердца и сосудов. Самая ранняя и распространенная его форма — поражение вен. На более поздних стадиях болезни к поражению вен может присоединяться поражение сосудов микроциркуляторного русла, артерий и лимфатических сосудов.

У всех больных, вводящих наркотики внутривенно, развивается диффузный флебит с постепенным развитием фиброза венозной стенки и «исчезновением» поверхностных вен. Эти процессы особенно быстро развиваются у лиц, практикующих внутривенное

введение ацетилированных препаратов снотворного мака в сочетании с диазепамом (реланиумом) или дифенгидрамином (димедролом).

В связи с диффузным склерозированием периферических вен больные наркоманией иногда прибегают к введению наркотика в бедренную вену. Типичное осложнение подобных инъекций — илеофеморальный тромбоз с обширным гнойным воспалением мягких тканей паховой области и бактериемией (Mackenzie et al., 2000).

Во многих случаях поражение вен не локализовано в местах инъекций наркотиков, а распространяется на другие сосудистые бассейны. Затрудненный поиск вен в некоторых случаях побуждает больных наркоманией к внутримышечному введению наркотика, что нередко приводит к гнойному воспалению мягких тканей. Описаны также случаи газовой гангрены, обусловленной нестерильным внутримышечным введением героина.

Весной 2000 г. в Великобритании и Ирландии зарегистрировано 62 случая газовой гангрены у ПИН, закончившейся смертью больных не менее чем в 30 случаях (Andraghetti et al., 2000; Djuretic, 2000). По крайней мере, в части случаев заболевание последовало за внутримышечным или подкожным (но не внутривенным) введением героина. Симптомы болезни включали лихорадку, множественное воспаление мягких тканей, в том числе развивавшееся в месте введения наркотика (абсцессы, целлюлит, фасциит, миозит), выраженную общую интоксикацию и другие проявления системного сепсиса. Состояние больных характеризовалось артериальной гипотензией (систолическое давление не превышало 90 мм рт. ст.), несмотря на активное восполнение ОЦК посредством капельной инфузии плазмозамещающих растворов. Болезненный процесс сопровождался высоким лейкоцитозом (общее количество лейкоцитов крови превышало 30 x 109/л). Аутопсия в этих и подобных (приведенных другими авторами) случаях показала картину множественного инфекционного (или токсического) поражения внутренних органов, включая массивный плевральный и перикардиальный выпот, в сочетании с отеком или некрозом мягких тканей в месте инъекции героина. В некоторых случаях post mortem выявлялись субэндокардиальные кровоизлияния в левом желудочке, спленомегалия, гранулоцитарная реакция в селезенке, костном мозге и миокарде. Посмертное микробиологическое исследование в нескольких случаях позволило выделить в качестве предполагаемого возбудителя болезни патогенные клостридии — C. novyi и C. perfringens.

Позже в тех же странах было отмечено 104 похожих случая, из которых 35 закончились летально. У 8 больных также были выделены, вместе или по отдельности, C. novyi и C. perfringens. Примечательно, что препараты уличного героина в некоторых из приведенных случаев содержали лимонную кислоту, создающую благоприятные условия для существования бактерий рода Clostridium.

Сходные описания представлены S. P. Finn и соавт. (2003), наблюдавшими в том же регионе 108 подобных случаев, из которых 43 закончились смертью больных.

Героин и другие опиоиды способны вызывать нарушения сердечного ритма, что объясняется их прямым хронотропным влиянием. А. Л. Мишнаевский (2001) сообщает о выявлении нарушений ритма у 15% наблюдавшихся им больных опийной наркоманией.

У некоторых больных опийной (героиновой) наркоманией обнаруживаются дистрофические изменения миокарда и гипертрофические изменения отдельных сердечных камер (Мишнаевский, 2001; Певцов, 2001). По-видимому, этими изменениями объясняется уменьшение сердечного выброса, обнаруженное W. H. Frishman и соавт. (2003) у многих лиц, злоупотребляющих опиоидами.

В стажированных случаях наркомании, у истощенных больных с выраженным иммунным дефицитом могут возникать системные кандидозы, для которых характерны

полиорганные нарушения, в том числе поражение различных отделов сердца — перикарда, миокарда и эндокарда.

Описаны случаи фибрилляции желудочков и остановки сердца при сочетанном употреблении героина и кокаина («speedball»). Основными причинами нарушения сердечной функции в этих случаях являются гиперкалиемия и быстро развивающийся рабдомиолиз (McCann et al., 2002).

Миопатии и возникающий в связи с ними рабдомиолиз у больных героиновой наркоманией способен приводить к кардиомиопатии с развитием острой левожелудочковой недостаточности (Scherreretal., 1985).

Поражение сердечно-сосудистой системы при опийной наркомании может быть обусловлено не только фармакотоксическими свойствами опиоидов, но и влиянием токсических примесей к уличным наркотикам. Отмечены, в частности, случаи кардиотоксического действия хинина (как нередкого контаминанта уличного героина в США) с нарушениями сердечного ритма и проводимости (Levine et al., 1973).

Редкая, но очень опасная форма поражения сердца у больных опийной наркоманией и других ПИН — *инфекционный эндокардит.* Наиболее часто при инфекционном эндокардите у больных наркоманией отмечается поражение трехстворчатого клапана (Hust et al., 1997; Мишнаевский, 2001). Это обусловлено особенностями распространения микробной инфекции через венозное русло и правые отделы сердца при нестерильном внутривенном введении наркотиков.

В отличие от эндокардитов при врожденных пороках сердца, инфекционный эндокардит у больных опийной наркоманией в большинстве случаев развивается остро, микробные колонии возникают на интактных клапанах. В этих случаях характерно развитие септицемии, тромбоэмболического синдрома и формирование висцеральных пиодеструктивных очагов. Более чем у трети больных развивается острая недостаточность кровообращения, и во всех случаях — вторичная нефропатия (Мазуров, Уланова, 2001). У ПИН с инфекционным эндокардитом нередко выявляется полиорганная недостаточность, однако вопрос о причинно-следственных связях между этими клиническими феноменами остается предметом дискуссий.

Поражение респираторной системы. Данные о распространенности болезней органов дыхания при опийной наркомании носят противоречивый характер. А. Л. Мишнаевский (2001), проводя комплексное клинико-инструментальное обследование 181 пациента с опиоидной зависимостью, не обнаружил случаев серьезных болезней респираторной системы, тогда как Г. В. Певцов (2001) отводит бронхолегочным заболеваниям у больных опийной наркоманией второе место, располагая их по значимости между поражением пищеварительной системы и сердечно-сосудистыми болезнями.

Выделяют следующие факторы, лежащие в основе респираторных расстройств у больных наркоманией (Wolff, O'Donnell, 2004): 1) нестерильное парентеральное введение ПАВ; 2) ВИЧ-поражение легких; 3) поражение бронхолегочной ткани вследствие курения.

Наиболее частые неспецифические заболевания легких у больных опийной наркоманией — хронический бронхит и острая пневмония. В большинстве случаев они имеют доброкачественное течение с хорошей реакцией на лечение антибиотиками.

Сравнительно редко у больных отмечается фармакорезистентная пневмония, вызванная пневмоцистами (Pneumocystis carinii). По некоторым оценкам, частота таких случаев у ПИН может достигать 8% (Sanchez-Carbonell, Vilaregut, 2001).

Диагностика пневмонии, вызванной пневмоцистами, рассматривается в качестве указания на высокую вероятность ВИЧ-инфекции у больных. Однако мы наблюдали два

случая этого заболевания у больных без клинических и серологических признаков ВИЧ-инфекции при катамнестическом наблюдении более 3 лет, что, по-видимому, можно рассматривать в качестве проявления значительного неспецифического снижения иммунитета.

Как показывают наши наблюдения, если в период купирования синдрома отмены опиоидов превентивно не назначаются антибиотики, почти в каждом десятом случае у больных наркоманией развивается острая пневмония. При условии адекватного превентивного назначения антибиотиков частота подобных случаев, в соответствии с данными А. Л. Мишнаевского и А. М. Яковчука(2004), не превышает 2%.

Необходимо отметить значительное повышение риска развития острой пневмонии при использовании ультрарапидных подходов к купированию ОАС. По-видимому, высокая частота развития пневмонии в связи с УРД объясняется длительной обездвиженностью больных в период проведения наркоза и застоем крови в малом круге кровообращения. Кроме того, можно предполагать, что тяжелый физиологический стресс, связанный с форсированной адаптацией больных к антагонистам опиоидных рецепторов, приводит к более выраженной, чем при других методах купирования ОАС, иммунной супрессии и развитию оппортунистических инфекций.

Описаны случаи гранулематозного поражения легких у больных наркоманией, вводивших внутривенно водный раствор растолченных таблеток метадона (Sieniewitz, Nidecker, 1980). Сообщается (Wolff, O'Donnell, 2004) о преобладании гранулематоза и интерстициального поражения легочной ткани у больных наркоманией с хроническими респираторными заболеваниями.

Поданным M. Warner-Smith и соавт. (2002),у 13%лиц, выживших после передозировки наркотиков, развиваются острые заболевания органов дыхания. Отмечается (Rice et al., 2000) развитие острой пневмонии у 52% пациентов, перенесших передозировку опиоидов.

Практически все опиоиды, включая героин и метадон, способны (особенно при передозировке) вызывать некардиогенный отек легких.

Поражение почек. Вопрос о поражении почек у лиц, злоупотребляющих опиоидами, является предметом дискуссий. А. Л. Мишнаевский (2001) на основе данных клинического наблюдения и лабораторного обследования 181 пациента с опиоидной зависимостью сообщает об отсутствии очевидных признаков поражения почек, тогда как данные многочисленных зарубежных исследований позволяют считать различные формы нефропатии нередкой формой висцеральных последствий злоупотребления опиоидами.

Среди больных, впервые обращающихся за лечением в связи с конечной стадией поражения почек в США, 5-6% составляют лица, у которых нефропатия развилась в связи с употреблением героина (Orth, 2002). В Иране удельная доля потребителей опия среди больных с хроническим поражением почек достигает 14% (Ahmadi, Benrazavi, 2002).

T. V. Perneger и соавт. (2001) считают злоупотребление опиоидами (вне зависимости от дозы) одним из семи ведущих, но при этом нередко игнорируемых клиницистами, факторов риска развития конечной стадии поражения почек (наряду с артериальной гипертензией и сахарным диабетом).

Отмечены случаи острого поражения почек при проведении ускоренной опиоидной детоксикации (Pfab et al., 1999; Roozen et al., 2002).

Героиновая нефропатия у ВИЧ-инфицированных больных может быть трудно отличимой от поражения почек, обусловленного иммунным дефицитом (Bakir, Dunea, 2001).

Тип и тяжесть поражения почек (как, впрочем, и других висцеральных поражений) у больных наркоманией нередко определяются этнобиологическими и социально-эконо-

мическими факторами. В США хронический гипертонический нефросклероз в сочетании с вторичным сморщиванием почек, выраженной кардиомегалией и гипертонической ретинопатией, равно как фокальный сегментарный гломерулосклероз с первичным нефротическим синдромом и конечная стадия поражения почек, чаще встречается у афроамериканцев, чем у представителей других этнических групп (Bakir, Dunea, 2001).

Поражение почек той или иной степени развивается практически во всех случаях передозировки опиоидов. Нефропатия в такой ситуации обусловлена поражением скелетной мускулатуры *(рабдомиолизом)* как следствием *синдрома позиционного сдавления,* возникающей в связи с этим *миоглобинурией, миоренальным синдромом и острой почечной недостаточностью,* в ряде случаев переходящей в *хроническую почечную недостаточность.*

В связи с высоким риском развития нефропатии с формированием острой или хронической почечной недостаточности в наркологической практике необходим контроль почечной функции у пациентов, недавно перенесших передозировку наркотиков. Настораживающий признак, указывающий на возможное поражение почек, — олигурия.

Повышение уровней креатинина, КФК и трансаминаз в крови поступающих в клинику больных с указаниями на недавно перенесенную передозировку опиоидов служит показанием для обсуждения вопроса о проведении срочного диализа.

12.13.9. Поражение нервной системы

Злоупотребление опиоидами вызывает многообразные виды поражения нервной системы.

Функциональные неврологические нарушения. Фазные состояния при опийной наркомании, как и при злоупотреблении неопиоидными ПАВ, проявляются различными признаками циклических изменений функциональной картины центральных и периферических нервных образований. В соответствии с нейротропным действием опиоидов отмечается, например, ослабление сухожильных рефлексов во время наркотической интоксикации и их усиление в период острой отмены наркотика.

А. Б. Гехт и соавт. (2003) отмечают, что в ранней фазе постабстинентного периода более чем у 70% больных опийной наркоманией выявляются гипомимия, гипокинезия, снижение мышечного тонуса. В 35% случаев отмечаются такие неврологические симптомы, как нистагм, нарушения конвергенции, тремор и динамическая атаксия. Все перечисленные расстройства носят обратимый характер и исчезают по мере отвыкания от наркотиков.

M. Warner-Smith и соавт. (2002) сообщают о высокой частоте неврологических нарушений у лиц, перенесших передозировку героина: в 49% случаев выявляется периферическая полиневропатия, в 26% случаев — обратимые парезы конечностей и в 2% случаев — пароксизмальные состояния.

Острая энцефалопатия. Опасной формой поражения ЦНС является *губчатаялейкоэнцефалопатия* (ГЛЭ). Болезнь протекаете преимущественным поражением белого вещества мозга и характеризуется высокой летальностью. ГЛЭ практически не отмечена в российской популяции больных наркоманией, однако зарубежные публикации сообщают о многих клинических наблюдениях подобного рода.

В подавляющем большинстве случаев ГЛЭ развивается у больных героиновой наркоманией при респираторном — интраназальном или ингаляционном употреблении разогретых паров героина («chasing the dragon») (Wang, Lu, 2002; Egan et al., 2004). Существуют также единичные наблюдения развития ГЛЭ после внутривенного введения

героина (Maschke et al., 1999). В одних случаях ГЛЭ развивается тотчас после употребления героина (как правило, в больших дозах), а в других — спустя 1-4 месяца после прекращения приема наркотика (Hill et al., 2000; Neiman et al., 2000; Lu et al., 2001).

Многие больные употребляют героин респираторным путем, стремясь избежать опасных последствий инъекционного введения. Однако остро возникающие в связи с этим церебральные поражения могут быть еще более фатальными, чем инфекционные и висцеральные болезни, обусловленные нестерильным парентеральным введением наркотиков.

В большинстве случаев заболевание начинается с апатии и брадифрении. Позже клиническая картина дополняется симптомами поражения мозжечка — мозжечковой атаксией и дисметрией. В ряде случаев у больных выявляются псевдобульбарные нарушения, пирамидная симптоматика (гемипарез, тетрапарез или даже тетраплегия), акинезия, тремор, хореические гиперкинезы, амблиопия, акинетический мутизм.

Морфологические изменения у больных с ГЛЭ имеют двусторонний и симметричный характер. При компьютерной томографии головного мозга определяется снижение плотности белого вещества, а при магнитно-резонансной томографии — усиление сигнала.

Макроскопически во всех случаях выявляются отек и губчатое перерождение мозжечка, часто — внутренней капсулы, пирамидных трактов, мозолистого тела, больших полушарий и ножек мозга. Губчатое перерождение часто захватывает белое вещество спинного мозга.

Микроскопический субстрат ГЛЭ — отек и вакуольное перерождение белого вещества с явлениями демиелинизации. Типичный патохимический симптом лейкоэнцефалопатии — накопление лактата в ткани мозга (Buttner et al., 2000; Koussa et al., 2002; Egan et al., 2004). Предположительно ключевое звено ГЛЭ — повреждение митохондрий (Kriegsteinetal., 1999).

Заболевание характеризуется неблагоприятным течением и в 25% случаев заканчивается смертью больных (Wolters et al., 1982). В остальных случаях наблюдается медленное и, как правило, неполное выздоровление.

У выживших лиц отмечается полиморфная неврологическая симптоматика. Улучшение состояния больных ГЛЭ обычно достигается с помощью антиоксидантов (в частности, коэнзима Q), уменьшающих дисфункцию митохондрий.

Характерное последствие осложненной комы, развивающейся при передозировке наркотиков, — отставленная постаноксемическая энцефалопатия как один из клинических вариантов ГЛЭ (Buttner et al., 2000).

N. Rizzuto и соавт. (1997) описывают случай отставленной ГЛЭ, развившейся у 30-летнего больного наркоманией после комы, обусловленной передозировкой героина. Кома сопровождалась угнетением дыхания и упадком сердечной деятельности. После того как больной пришел в сознание, у него возникли явления рабдомиолиза с миоглобинурией и дальнейшим развитием острой почечной недостаточности, потребовавшей проведения гемодиализа. Кроме того, у пациента развилось поражение периферических нервов.

Спустя три недели неврологическое состояние больного внезапно ухудшилось, появилась клиническая картина энцефалопатии, послужившей еще через 20 дней причиной его смерти.

В ходе секционного исследования мозга были обнаружены губчатые изменения миелина с диффузным реактивным астроглиозом и микроглиальной пролиферацией. Некротических изменений ткани мозга, характерных для постгипоксических состояний, обнаружено не было. Кора больших полушарий и мозжечка также не была изменена.

Отсутствие типичных постгипоксических изменений и наличие спонгиоза в сочетании с массивным астроцитозом отличают данный случай от опубликованных ранее наблюдений отставленной лейкоэнцефалопатии, развившейся вследствие тяжелой гипоксии мозга. Авторы приведенного описания высказывают гипотезу о наличии у умершего пациента индивидуального предрасположения к поражению белого вещества мозга, обусловленного нарушениями в системе дыхательной цепи.

Острая энцефалопатия у больных опийной наркоманией может развиваться в связи с церебральным васкулитом или другими неврологическими осложнениями ВИЧ-инфекции. Одной из тяжелых форм ВИЧ-ассоциированного поражения ЦНС является *прогрессирующая мультифокальная энцефалопатия,* характеризующаяся дегенеративными изменениями в белом веществе мозга (по типу описанной выше лейкоэнцефалопатии).

Хроническая энцефалопатия со стойкими психоорганическими расстройствами и когнитивными нарушениями корсаковского типа нехарактерны для опиоидной зависимости, что представляет одно из принципиальных различий между опийной (героиновой) наркоманией и алкоголизмом. Вместе с тем, несмотря на умеренность проявлений психоорганических расстройств, они все же носят очевидный характер у больных, приобретают большее клиническое выражение в стажированных случаях наркомании и неблагоприятно влияют как на общую психопатологическую картину болезни, так и на состояние ЦНС.

Высокая степень церебральных нарушений, проявляющаяся, в частности, более выраженными когнитивными нарушениями, обнаруживается у ВИЧ-инфицированных больных наркоманией. Поражение ЦНС в этих случаях определяется как *первичная ВИЧ-энцефалопатия.* Тяжесть развивающихся при этом расстройств коррелирует со степенью вирусной нагрузки (Margolin et al., 2002; Nath et al., 2002).

Поражение ЦНС обусловлено не только прямым повреждающим влиянием HIV-1 на клетки нейроглии, но и сопутствующей неспецифической нейроинфекцией, связанной с персистенцией вирусов герпетической группы (вируса Эпштейна—Барр, цитомегаловируса, вирусов простого и опоясывающего герпеса). Кроме того, большую роль в формировании церебральных изменений у ВИЧ-инфицированных лиц, страдающих наркоманией, играет описанное в начале данной главы совокупное действие HI V-1 и опиоидов на нервную ткань.

К числу сравнительно редких случаев в клинике опийной наркомании относится поражение мозговых сосудов и развивающейся в связи с этим энцефалопатии. Одной из причин сосудистого поражения мозга у лиц, злоупотребляющих опиоидами, является злокачественная гипертензия, обусловленная поражением почек (Dettmeyer et al., 2000).

Описано также развитие аллергического и токсического васкулита у больных героиновой наркоманией (Lignelli, Buchheit, 1971; King et al., 1978).

Инсульт. Наиболее распространенными причинами острых мозговых катастроф у лиц, злоупотребляющих опиоидами, служат различные формы поражения мозговых сосудов. Чаще всего причина инсульта — злокачественная артериальная гипертензия, формирующаяся в связи с героиновой нефропатией. Нередко развитие инфаркта мозга связано с церебральным васкулитом аллергического или токсического генеза (Niehaus, Meyer, 1998).

Развитие инсульта может быть также обусловлено ишемией отдельных участков мозга, вызванной сниженной церебральной перфузией в результате передозировки наркотика (Bartolomeietal., 1992;Celius, 1997).

Определенную роль в возникновении инсультов играют нарушения свертываемости крови (Herskowitz, Gross, 1973). В ряде случаев причиной инфаркта мозга является

тромбоэмболия, развивающаяся у больных с инфекционным эндокардитом или НТЭ. Описано развитие инфаркта мозга в результате разрыва микотической аневризмы мозгового сосуда у больного с инфекционным эндокардитом (Neiman et al., 2000).

Выше были рассмотрены варианты развития инсульта, обусловленные висцеральными заболеваниями. Вместе с тем существует точка зрения, что больные героиновой наркоманией предрасположены к нарушениям мозгового кровообращения безотносительно к наличию у них поражения почек, эндокардита, ВИЧ-инфекции или других болезней (Brust, 2004).

Острые мозговые катастрофы нередко развиваются у лиц, злоупотребляющих опиоидами, при нормальных величинах системного АД и ангиографической картине неизмененных церебральных сосудов. В некоторых из таких случаев инфаркту мозга предшествует внутривенное введение героина с потерей сознания (Brust, 2004).

Поражение периферических нервов. Для злоупотребления опиоидами, в отличие от злоупотребления алкоголем, поражение периферических нервов нехарактерно. Однако в случае отягощения опиоидной зависимости дополнительными неблагоприятными факторами, полиневропатия все же может развиваться. И в качестве фактора риска здесь выступают сопутствующие злоупотребления алкоголем, нарушения питания, нейротоксические примеси к наркотику, ВИЧ-инфекция и другие инфекционные заболевания, а также побочные действия антиретровирусной терапии.

Описаны единичные случаи развития острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (синдрома Гийена—Барре) у лиц, злоупотребляющих герои ном (Smith, Wilson, 1975; Loizou, Boddie, 1978). Имеются сообщения о болевой форме поражения плечевого и пояснично-крестцового нервных сплетений, имитирующего невралгическую амиотрофию и сочетающегося с рабдомиолизом (Delcker et al., 1992; Riggs etal., 1999). ,

Поражение нервных сплетений и изолированные парезы конечностей — типичные неврологические осложнения передозировки опиоидов (Chan etal., 1995; Mielke-Ibrahim etal., 1995). Поражение плечевого сплетения может развиваться в качестве осложнения септической аневризмы подключичной или подмышечной артерии (Miller et al., 1984).

Рабдомиолиз при передозировке наркотиков обычно формируется одновременно с неврологическими нарушениями вследствие одних и тех же патологических процессов. Кроме того, в отдельных случаях поражение периферических нервов может дополнительно развиваться в связи с распространенным рабдомиолизом и массивной миоглобинурией (Yang etal., 1995).

Миопатии. Поражение скелетной мускулатуры у лиц, злоупотребляющих опиоидами, нередко возникает одновременно с поражением нервной системы, отражая общность их патогенеза. В других, более редких, случаях поражение поперечно-полосатых мышц при героиновой наркомании имеет изолированный характер (Madhusoodanan et al.,2004).

К типичной форме поражения мышечной ткани у лиц, злоупотребляющих опиоидами, относится острая миопатия с развитием рабдомиолиза и миоглобинурии. Острая миопатия чаще всего формируется в связи с СПС при передозировке наркотика, однако в редких случаях может отмечаться вследствие опиоидной интоксикации без развития передозировки и комы.

Плазменная концентрация миоглобина при рабдомиолизе в исключительных случаях может превышать 400,000 мг/л. Значительное повышение уровня миоглобина в крови сопровождается гиперкалиемией, гиперкальциемией и отложением кальция в мягких тканях (Brust, 2004).

Пароксизмальные состояния. Эпилептиформные расстройства относительно редко встречаются в клинике опийной наркомании. Важно отметить, что судорожные припадки не развиваются у больных в период острой отмены опиоидов даже в тех случаях, когда абстинентная симптоматика протекает тяжело (в том числе при крайне тягостном абстинентном статусе, спровоцированном антагонистами опиоидных рецепторов в активной фазе болезни, на фоне высокой толерантности к опиоидам). Судорожные припадки не развиваются и в продромальном периоде абстинентных психозов при опийной наркомании (что составляет одно из их отличий от алкогольного делирия).

По данным А. И. Ланеева (2004), несмотря на высокую распространенность электроэнцефалографических изменений у больных опийной наркоманией и нередкое выявление грубых дизритмических состояний, у этих пациентов почти никогда не определяются признаки снижения порога судорожной готовности. Этот факт можно расценивать в качестве дополнительного указания на относительно умеренную степень энцефалопатии у больных опийной наркоманией (по крайней мере, у их российской субпопуляции) по сравнению с больными алкоголизмом. Исключение, по данным этого же автора, представляют наблюдения хронического злоупотребления трамадолом (трамалом), когда нередко отмечается значительное снижение порога судорожной готовности.

Сообщается (Ripple et al., 2000) об эпилептическом статусе со смертельным исходом у больного алкоголизмом, принимавшего трамадол в сочетании с венлафаксином, тразодоном и кветиапином, и высказывают предположение, что фатальное пароксизмальное состояние развилось вследствие суммации серотонинергических эффектов перечисленных препаратов.

12.13.10. Смертность лиц, злоупотребляющих опиоидами

До начала эпидемии СПИДа средняя ежегодная смертность больных героиновой наркоманией в Европе и США составляла 1-2%. Начиная с 1960-х гг. несчастные случаи, так или иначе связанные со злоупотреблением героином, стали основной причиной смерти у жителей Нью-Йорка в возрасте 15-35 лет (Brust, 2004). Смертность в среде ПИН Италии в 13 раз превышает аналогичный показатель у лиц тех же возрастных групп, не употребляющих наркотики (Quaglio et al., 2001).

Среди причин повышенной смертности потребителей опиоидов конкурируют передозировка наркотика и ВИЧ-инфекция.

Частота показателей летальности, в зависимости от основных причин, имеет тендерные различия: мужчины чаще женщин погибают от передозировки наркотика, тогда как у женщин несколько выше частота смертей, обусловленных ВИЧ-инфекцией (Bargagli et al., 2001; Altice et al., 2003). Соотношение частоты смертельной передозировки у мужчин и женщин выглядит как 3:1 (Солохин et al., 2002).

M. Warner-Smith и соавт. (2002), наблюдавшие 198 больных героиновой наркоманией, сообщают, что 59% из них перенесли передозировку наркотика, причем 28% — в течение последнего года. К. С. Ochoa и соавт. (2001) на основании опроса молодых (до 30 лет) ПИН сообщают, что по крайней мере одну передозировку опиоидов перенесли 48% больных, причем среднее количество перенесенных передозировок приближалось к двум. По понятной причине указанные авторами величины не включали случаи смертельной передозировки героина.

Неясным остается вопрос о соотношении частоты случайной и преднамеренной (суицидальной) передозировки опиоидов у больных наркоманией (Miotto et al., 1997; Bolognini et al., 2002; Darke, Ross, 2002).

Вопреки распространенному заблуждению, передозировка наркотика может развиваться не только при внутривенном, но и при внутримышечном и подкожном введении, а также при курении и вдыхании через нос. Описаны случаи смертельной передозировки героина при интраназальном употреблении (Rajs, Fugelstad, 2000). Имеются наблюдения суицидальной интраназальной передозировки героина (Wyler, Zollinger, 1997). Многочисленные исследования показывают, что степень риска летальной передозировки героина при внутривенном и интраназальном способах его употребления имеет сопоставимые величины.

Как правило, передозировка вызывается полными опиоидными агонистами — морфином, героином, метадоном. При злоупотреблении частичными опиоидными агонистами и смешанными агонистами-антагонистами риск развития передозировки считается сравнительно невысоким в связи со свойственным этим препаратам «потолочным действием» (ceiling effect), при котором увеличение дозы не сопровождается нарастанием угнетения сознания и респираторной супрессии. Вместе с тем, несмотря на отмеченную особенность препаратов смешанной опиоидной активности, смертельная передозировка при их злоупотреблении также возможна. Риск смертельной передозировки опиоидов с «потолочным эффектом» повышается при их одновременном употреблении с алкоголем или лекарственными препаратами снотворно-седативной группы.

Опасной для жизни считается комбинация героина, этанола и хинина (последний, как уже указывалось выше, иногда является компонентом токсических примесей к уличным наркотикам). Как героин, так и этанол способны вызвать нарушения сердечного ритма; их синергическое действие, особенно в сочетании с токсическим действием хинина, существенно повышает риск внезапной смерти больных наркоманией (Levine et al., 1973;Ruttenber, Luke, 1990).

Существуют указания на рост количества передозировок метадона, обусловленных его немедицинским употреблением. В 2001 г. в США было зафиксировано 10 725 случаев поступления больных с передозировкой метадона в отделения неотложной медицинской помощи, что примерно вдвое превысило соответствующий показатель в 1999 г. (Brust, 2004).

Определенный риск внезапной смерти у реципиентов метадоновых программ связан с синдромом ночного апноэ, частота которого у употребляющих метадон (и тем более «уличные» опиоиды) выше, чем у здоровых лиц (Teichtahl et al., 2001).

К числу факторов риска смертельной передозировки героина относятся тот или иной период воздержания от наркотиков, предшествующий последнему употреблению, и сочетанная опиоидно-алкогольная интоксикация (Fugelstad et al., 2003). Описаны случаи смертельной передозировки героина с низкими плазменными концентрациями морфина и относительно высокими концентрациями этанола (Rajs, Fugelstad, 2000).

Повышение риска летальной супрессии дыхательных центров при новом употреблении наркотика после периода воздержания объясняется уменьшением или исчезновением (в зависимости от продолжительности воздержания) толерантности к опиоидам.

В литературе обсуждается вопрос об участии реакций гиперчувствительности в генезе случаев внезапной смерти лиц, злоупотребляющих опиоидами (Edston, van Hage-Hamsten, 1997). В области гипотез находится смерть больных наркоманией в связи с внезапной остановкой сердца.

Более высокие показатели смертности у ПИН по сравнению с аналогичными по возрасту и иными признакам социальными группами обусловлены не только передозировкой наркотика и ВИЧ-состояниями, но и другими причинами медицинского и немедицинского характера.

В некоторых случаях кома у лиц, злоупотребляющих наркотиками, имеет симптомы, позволяющие ставить под сомнение наличие передозировки опиоидов как главной ее причины. Один из характерных признаков подобных коматозных состояний — отсутствие респираторных и гемодинамических реакций на введение налоксона. Этиология этих, а также некоторых других случаев смерти у лиц, злоупотребляющих опиоидами. неясна и имеет лишь гипотетический характер.

Среди медицинских причин снижения продолжительности жизни больных наркоманией большое значение имеют вирусные гепатиты, поражение сердца и другие висцеральные заболевания.

Необходимость регулярного получения очередной дозы наркотика при отсутствии достаточных средств, а также та или иная степень вовлеченности в незаконный оборот ПАВ неизбежно влекут за собой криминализацию больных наркоманией. В связи с этим частота насильственной смерти у потребителей наркотиков значительно превосходит общие популяционные показатели.

В 1972 г. в судебно-медицинском морге Нью-йоркского университета проведены аутопсии 899 лиц, погибших от передозировки наркотика, и 541 лица, чья смерть была косвенным образом связана со злоупотреблением героином. В числе этих последних случаев было 327 убийств, 48 смертей вследствие инфекционных болезней и 166 смертей в связи с другими причинами. Таким образом, число смертей, имеющих медицинские причины, но не передозировку наркотика, было равно 214, что составило 38% смертельных исходов у больных героиновой наркоманией (Pearson, Richter, 1975).

12.14. Основные методы лечения опиоидной зависимости

Лечение опийной (героиновой) наркомании и других форм опиоидной зависимости предполагает решение двух неравнозначных по степени сложности задач. Первая, сравнительно легко выполнимая задача — преодоление физической зависимости от опиоидов. Вторая задача, значительно более трудная и выполнимая далеко не всегда, — подавление влечения к наркотику и, следовательно, преодоление психической зависимости от ПАВ и достижение длительной ремиссии болезни.

В соответствии с этими задачами лечение наркомании разделяется на два основных этапа: I) лечение синдрома отмены опиоидов (устранение физической зависимости от наркотиков); 2) противорецидивная (превентивная) терапия.

Главная цель лечения героиновой наркомании и других форм опиоидной зависимости — полное прекращение употребления наркотиков больным. В связи с тем, что эта цель, к сожалению, достигается лишь в редких случаях и частота стойкой ремиссии при наркомании невелика, врач в своей практической деятельности должен стремиться хотя бы к частичному результату: достижению кратковременных перерывов в употреблении наркотиков, уменьшению частоты их употребления, снижению дозы и т. д. Отсутствие истинной ремиссии, «срывы» и рецидивы не должны служить причиной прекращения дальнейших попыток лечения и отказа больным во врачебной помощи при наличии мотивации к лечению, пусть даже эта мотивация является слабой и декларативной.

12.14.1. Лечение синдрома отмены опиоидов

Лечение синдрома отмены подразумевает полное устранение толерантности к опиоидам и физической зависимости от них. Совокупность лечебных процедур, направленных на преодоление физической зависимости от наркотика, вне зависимости от приме-

11 Зак. 3806

няемых методов, именуется также *опиоидной детоксикацией* (в англоязычной литературе — *opioid detoxification).*

Отмена наркотика в зависимости от выбранного метода лечения может быть литической или критической. *Литическая отмена* используется в рамках стратегии кратковременной заместительной терапии и предполагает постепенное снижение толерантности к наркотику путем дробной отмены опиоидов. *Критическая отмена* подразумевает одновременное и полное прекращение употребления наркотика и купирование развивающейся при этом абстинентной симптоматики. На данном способе отмены основаны терапия альфа-2-адреномиметиками, психофармакологические методы лечения, ускоренная детоксикация и биологические подходы к терапии.

К основным мишеням терапии при купировании острых проявлений синдрома отмены опиоидов относятся характерные боли, вегетативные нарушения и расстройства сна.

Необходимо принимать во внимание, что важную роль в формировании клинических проявлений абстинентных и постабстинентных состояний у больных играет психопатологическая симптоматика, что нередко игнорируется в зарубежных моделях лечения опиоидной зависимости. Наличие психопатологических феноменов в структуре клинических синдромов наркомании требует не только проведения симптоматической терапии, направленной на купирование депривационных состояний, но и активного применения психотропных средств. Их мишени — аддиктивные (влечение к наркотику и обусловленное им поведение больных) и метааддиктивные психические нарушения.

В практике лечения опиоидной зависимости необходимо учитывать аггравационные тенденции в поведении, характерные для многих пациентов. Больным опийной наркоманией свойственно преувеличивать тяжесть собственного состояния, что объясняется следующими основными причинами.

- Практически все пациенты с опиоидной зависимостью испытывают стойкие и малокорригируемые опасения ухудшения психофизического состояния, связанного с отменой наркотика *(фобия отмены).* Стремление к получению завышенных, клинически неоправданных доз лекарственных препаратов в период госпитального лечения нередко объясняется желанием гарантированно избежать абстинентного дискомфорта.
- Типичным «неизбежным злом» наркологической клиники стал *феномен взаимной психической индукции* пациентов, обменивающихся впечатлениями о собственном состоянии и об эффективности проводимых лечебных процедур.
- Больные наркоманией могут преувеличивать тяжесть собственного состояния и настойчиво просить о назначении дополнительных лекарственных препаратов, исходя из простого расчета на их эйфоризирующее действие. В этих случаях *аггравационное поведение* больных непосредственно обусловлено патологическим влечением к ПАВ.

Иногда врачу бывает сложно не пойти на поводу у пациентов, высказывающих настойчивые многократные просьбы о назначении им дополнительных лекарственных средств в связи с плохим самочувствием.

Острый период отвыкания от наркотика обычно характеризуется волнообразным течением со сменой фаз удовлетворительного и плохого самочувствия больных. Количество фаз ухудшения и улучшения самочувствия в основном определяется фармакокнетическими особенностями опиоидов; их значительно больше при отвыкании от метадона, чем при отмене наркотика у лице зависимостью от героина или препаратов опия.

Достоверными признаками эффективности терапии служат исчезновение мидриаза, уменьшение влажности кожных покровов, прекращение слезотечения и ринореи, нормализация кишечной моторики и гемодинамических показателей — АД и ЧСС.

Критерием практического завершения детоксикации является значительное уменьшение выраженности (вплоть до полного исчезновения) реабстинентных реакций на повторное назначение антагонистов опиоидных рецепторов — налоксона и налтрексона.

Необходимо принимать во внимание, что выраженная вегетативно-апгическая реакция на первичный прием налтрексона может отмечаться и при отсутствии видимых реабстинентных реакций на налоксон. Это объясняется тем, что степень связывания налоксона с опиоидными рецепторами и, следовательно, его антагонистические эффекты выражены значительно слабее, чем у налтрексона. По этой причине отсутствие реабстинентной реакции на налоксон может создавать ложное впечатление полного купирования синдрома отмены.

Преждевременное (происходящее на этапе неполного купирования синдрома отмены) назначение налтрексона способно привести к развитию тяжелых и опасных для жизни осложнений. Этот риск особенно высок у лиц с повышенной лабильностью нейрофизиологических процессов, которая, как показывают наши наблюдения, наиболее характерна для выходцев из некоторых регионов Кавказа, особенно для тех из них, у кого многолетнее злоупотребление ПАВ сопровождается выраженным соматоневрологическим отягощением.

Тяжелые реабстинентные реакции в первую очередь проявляются учащением дыхания (тахипноэ). Если частота дыхательных движений достигает 30 -40 в минуту, у больных возникает острая дыхательная недостаточность. При отсутствии адекватных мер интенсивной терапии у больных с тахипноэ развиваются прогрессивная артериальная гипоксемия, гиперкапния и декомпенсированный респираторный алкалоз с возникновением сопора или (при дальнейшем утяжелении состояния) комы и высоким риском летального исхода.

Респираторные проявления тяжелых реабстинентных реакций сопровождаются признаками выраженной вегетативной дисфункции. В меньшей степени у больных изменяются гемодинамические показатели. Все вышесказанное позволяет утверждать, что лечение активной фазы опийной наркомании должно обязательно проводиться в специально оборудованных клиниках с наличием «реанимационной готовности».

Риск развития описанных реакций повышенной чувствительности к налтрексону снижается при предварительном многократном парентеральном введении налоксона в возрастающих дозах.

В практике лечения опийной наркомании важно учитывать, что успешная редукция собственно абстинентных симптомов — вегетативно-алгических нарушений — далеко не всегда означает уменьшение выраженности психопатологических проявлений наркотической зависимости. Напротив, смягчение физических проявлений синдрома отмены у многих больных сопровождается утяжелением психопатологической симптоматики непсихотических регистров: усилением тревожно-фобических и ипохондрических переживаний, аффективных расстройств, а в ряде случаев — возникновением крайне интенсивного влечения к наркотику. Отмеченная особенность динамики состояния больных требует использования адекватных лечебных мероприятий в период завершения купирования синдрома отмены опиоидов и перехода к коррекции постабстинентных расстройств.

Продолжительность острых абстинентных состояний в известной мере определяется избранной тактикой их лечения. Применение средств заместительной терапии — *агонистов опиоидных рецепторов* — всегда приводит к удлинению острого периода отмены, а введение в лечебные схемы опиоидных антагонистов, особенно на ранних этапах

терапии, во всех случаях способствует уменьшению продолжительности этого периода. Иными словами, степень смягчения абстинентного состояния путем прямого воздействия на опиоидные рецепторы пропорциональна продолжительности его купирования.

Отмеченное универсальное для наркологической практики правило действует и в других примерах взаимоотношения между характером течения синдрома отмены и его продолжительностью. Отдельные осложнения терапии, например фармакогенные психозы и другие нейрофизиологические стрессы, способствуют при прочих равных условиях уменьшению периода острых абстинентных проявлений. Отмеченная закономерность намеренно используется в биологической терапии ОАС, о чем говорится ниже.

Многочисленные методики лечения синдрома отмены опиоидов могут быть сведены к следующим основным подходам: 1) лечение альфа-2-адреномиметиками (клонидином и его аналогами); 2) психофармакологические подходы; 3) ускоренная детоксикация; 4) кратковременная заместительная терапия; 5) биологическая терапия.

Выбор лечебной тактики определяется многими факторами. Не последнее место среди них занимают личные предпочтения врача. В клинической практике нередко используются комбинированные схемы лечения, основанные на сочетании двух или более подходов.

Лечение клонидином и его аналогами. Клонидин (клофелин) — это агонист центральных альфа-2-адренорецепторов и относится к категории гипотензивных лекарственных средств. Воздействием препарата на адренорецепторы нейронов, локализованных в области locus coeruleus, объясняется способность смягчать клинические проявления синдрома отмены опиоидов.

Аналогичные гипотензивные и антиабстинентные эффекты проявляют другие альфа-2-адреномиметики — *лофексидин, метилдофа, гуанфацин и гуанабенз.* Эти препараты не обнаруживают заметных преимуществ по отношению к клонидину (за исключением лофексидина, обладающего более избирательным действием на вегетативные расстройства и в меньшей степени влияющего на гемодинамику) и реже используются в наркологической практике.

Клонидин оказывает преимущественное влияние на вегетативные проявления ОАС и лишь в небольшой степени смягчает абстинентные боли, что существенно ограничивает его эффективность в лечении синдрома отмены опиоидов. Клонидин обладает собственным умеренным седативным влиянием и потенцирует седативные эффекты психотропных лекарственных средств, что ценно для наркологической практики.

К числу неблагоприятных свойств клонидина и его аналогов относится угнетающее действие на гемодинамику. Кроме того, альфа-2-адреномиметики усиливают гемодинамические эффекты нейролептиков и других лекарственных препаратов, что необходимо учитывать при определении тактики лечения больных наркоманией.

Следует отметить, что для больных героиновой наркоманией характерна относительная устойчивость к гипотензивному действию клонидина. За многие годы применения данного подхода к купированию ОАС мы практически не наблюдали опасного снижения АД или критического урежения пульса даже при сочетании клонидина с нейролептиками (Сиволап, Савченков, 2005). По нашему мнению, рефрактерность к гемодинамическому действию альфа-2-адреномиметиков служит частным проявлением особой реактивности лиц с опиоидной зависимостью. Тем не менее потенциальную способность клонидина вызывать сосудистый коллапс или брадикардию необходимо принимать во внимание и предельно осторожно сочетать препарат с другими лекарственными средствами, обладающими гипотензивными свойствами, особенно с произ-

водными фенотиазина — *хлорпромазином* (аминазином) и *левомепромазином* (тизерцином).

При использовании клонидина и его налогов в лечении ОАС нужно иметь в виду, что подавляющее большинство больных опийной наркоманией поступает в клинику с признаками обезвоживания. Альфа-2-адреномиметики при явлениях обезвоживания значительно повышают риск опасного угнетения сердечной деятельности и снижения тонуса сосудов, поэтому назначению клонидина и его аналогов обязательно должно предшествовать повышение объема циркулирующей крови путем внутривенной капельной инфузии.

В связи с недостаточной эффективностью альфа-2-адреномиметиков в воздействии на синдром отмены опиоидов они обычно сочетаются с другими лекарственными средствами, в том числе с препаратами снотворно-седативной группы.

Психофармакологическая терапия. Активное применение психотропных средств в лечении опиоидной зависимости и других болезней аддиктивного круга — одна из особенностей отечественной наркологической школы и объясняется, по нашему мнению, двумя основными причинами. Во-первых, в нашей стране запрещено (за единичными исключениями в виде стандартов лечения буторфанолом и трамадолом) применение опиоидных агонистов в лечении наркомании, и широкое использование психотропных препаратов в известной мере компенсирует ограниченный выбор лечебных подходов. Во-вторых, влечение к ПАВ и другие аддиктивные феномены традиционно рассматриваются российскими клиницистами в качестве психопатологического образования, которое, подобно тому, как это происходит с симптомами неаддиктивных психических заболеваний, может быть устранено с помощью психотропных препаратов.

Наиболее часто для купирования синдрома отмены опиоидов используют комбинацию лекарственных препаратов снотворно-седативной группы (в первую очередь бензодиазепинов) и нейролептиков.

Препараты снотворно-седативной группы. Наиболее часто в лечении острых состояний у лиц с опиоидной зависимостью применяют производные бензодиазепина. Транквилизаторы и снотворные средства используются для лечения бессонницы, а также для снижения уровня тревоги и невротических ожиданий, обусловленных страхом перед абстинентным дискомфортом.

Наряду с препаратами снотворно-седативной группы пациентам с синдромом отмены опиоидов обычно назначают нейролептики.

У больных наркоманией быстро формируется устойчивость к снотворному действию препаратов бензодиазепинового ряда и снотворных средств иной химической принадлежности. Кроме того, препараты снотворно-седативной группы обладают определенной притягательностью для больных, нередко подвергаются ими немедицинскому употреблению, способны вызывать вторичную зависимость и поэтому должны постепенно выводиться из лечебных схем. Дробная отмена транквилизаторов и снотворных средств облегчается путем их постепенного замещения нейролептиками.

Нейролептики при острой отмене опиоидов назначаются с теми же целями, что и препараты снотворно-седативной группы: лечение бессонницы, устранение тревожно-фобических и ипохондрических переживаний. Главное преимущество нейролептиков перед снотворными препаратами и транквилизаторами в том, что они не приводят к зависимости. Нейролептики, как правило, вызывают стойкое негативное отношение больных наркоманией (особенно традиционные препараты, например галоперидол) и практически никогда не подвергаются немедицинскому употреблению.

При определении характера нейролептической терапии опиоидной зависимости необходимо принимать во внимание следующие важные положения: 1) нейролептики с

выраженной холинолитической активностью в период максимальных проявлений ОАС способны провоцировать развитие острых делириев; *2)* влечение к наркотику и обусловленные им неблагоприятные тенденции в поведении больных наркоманией обладают устойчивостью к действию нейролептиков (а также других лекарственных средств); 3) увеличение дозы нейролептиков с целью преодоления фармакорезистентности обычно не приводит к достижению желаемой цели, а риск осложнений терапии при этом существенно возрастает.

К числу нейролептиков, способных вызвать делириозное помрачение сознания, относятся те же препараты с антихолинергической активностью, что провоцируют развитие алкогольной белой горячки — хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин) и клозапин (азалептин).

Необходимо оговориться, что в основе острых психозов у больных опийной наркоманией лежит взаимодействие двух факторов — абстинентного и фармакогенного (лекарственного). Изолированное действие фармакогенного фактора недостаточно для развития психоза, и поэтому по миновании острых проявлений синдрома отмены опиоидов назначение любых нейролептиков не приводит к помрачению сознания.

Нужно подчеркнуть, что наращивание дозы нейролептиков с целью преодоления фармакорезистентности и подавления влечения к наркотику нередко приводит к результатам, противоположным ожидаемым.

В наркологической практике нередко отмечаются случаи, когда у пациента, поступающего в клинику для лечения наркомании и декларирующего стремление к выздоровлению, в ходе лечения изменяются мотивационные установки. В связи с возникновением (или резким усилением) влечения к наркотику больной под теми или иными предлогами заявляет о необходимости прервать лечение и срочно оставить клинику. Поскольку влияние аддиктивных мотиваций на поведение больных в подобных случаях не вызывает сомнений, для подавления влечения к наркотику и успокоения пациентов назначаются нейролептики. Отсутствие требуемых клинических эффектов обычно побуждает врача к повторному назначению нейролептиков в возрастающих дозах, но и это не приводит к желаемым результатам. Более того, нарастающая нейролепсия сопровождается прогрессирующим угнетением сознания и нарастанием когнитивной дисфункции, в том числе ассоциативными нарушениями (Надеждин и др., 1999). В связи с этими нарушениями, а также психической ригидностью (как облигатной характеристикой многих больных наркоманией и неспецифическим психопатологическим проявлением нейролепсии) продуктивный диалог с пациентом становится невозможным. При этом влечение к наркотику остается не менее интенсивным и даже усиливается из-за фармакогенно обусловленной утраты критического контроля.

Невозможность выписки больного из клиники в состоянии фармакогенного угнете ния сознания (даже в сопровождении родственников), отсутствие видимого позитивного влияния нейролептиков на психическое состояние и опасность осложнений терапии при дальнейшем увеличении дозы препаратов создает своего рода «терапевтический ту пик».

Выход из подобного «терапевтического тупика» возможен только при использовании средств для наркоза, которые могут быть применены лишь врачом, подготовленным в области анестезиологии и реаниматологии, при наличии реанимационного оснащения клиники.

Несмотря на отмеченные неблагоприятные свойства нейролептиков, мы считаем их незаменимым и безальтернативным средством лечения отдельных проявлений опиоидной зависимости, в первую очередь нарушений сна (Сиволап, 2004).

Так как расстройства сна при опиоидной зависимости характеризуются затяжным течением и сохраняются значительно дольше абстинентных симптомов, их коррекция без использования нейролептиков практически невозможна (тогда как применение транквилизаторов и снотворных средств в постабстинентном периоде наркомании по изложенным выше причинам крайне нежелательно).

Оптимальным препаратом для коррекции сна при опийной наркомании (но не в период максимальных проявлений синдрома отмены) является клозапин (азалептин). В сравнительно небольших дозах (25-100 мг) клозапин значительно улучшает сон у многих пациентов с опиоидной зависимостью.

Негативным следствием снотворной активности клозапина стала его притягательность для больных наркоманией и высокая частота немедицинского потребления. Клозапин— единственный нейролептик, постоянно перераспределяемый в сферу незаконного оборота ПАВ, тогда как другие препараты этого класса вызывают у больных наркоманией негативное или, в лучшем случае, индифферентное отношение.

Антидепрессанты. Многие авторитетные исследователи (Альтшулер и др.. 1998; Надеждин, 2000; Иванец, 2001; Рохлина, 2001) считают необходимым включение антидепрессантов в схемы купирования синдрома отмены опиоидов, справедливо указывая на потенциальную способность этих препаратов оказывать благоприятное воздействие на аффективное состояние больных и подавлять влечение к наркотикам. Несмотря на взвешенную и заслуживающую уважения аргументацию наших коллег, целесообразность назначения антидепрессантов в период максимальных проявлений синдрома отмены опиоидов представляется небесспорной по следующим причинам:

1. Благодаря неспецифическому психостимулирующему действию антидепрессанты способны повышать раздражительность у больных наркоманией, ухудшать и без того расстроенный сон и, что наименее желательно, усиливать или провоцировать влечение к наркотику.

2. В связи с наличием периода диссоциации в фармакологическом действии антидепрессантов в первую очередь проявляются их стимулирующие эффекты, а тимоаналептическое (собственно антидепрессивное) влияние может отмечаться лишь через 7 15 дней после назначения препаратов, когда многие больные наркоманией, в соотве!-ствии с особенностями их мотивации к лечению, уже успевают оставить клинику.

Мы полагаем, что назначение антидепрессантов в первые дни лечения с превентивной целью показано лишь в отношении сравнительно немногочисленной группы больных с указаниями в анамнезе на истинные аффективные расстройства, в том числе на депрессивные расстройства, развивающиеся в структуре абстинентных состояний.

Протжосудорожные средства обладают умеренным воздействием на острые проявления отмены опиоидов и поэтому не находят активного применения в лечении опиоидной зависимости. Благодаря умеренному нормотимическому действию и способности потенцировать седативные эффекты других психотропных средств карбамазепин (финлепсин) и другие антиконвульсанты в первые дни терапии улучшают психическое состояние больных наркоманией. В последующие дни эти препараты обычно отменяют в связи с уменьшением их нормотимического действия и развитием чрезмерной и негативно воспринимаемой многими пациентами седации.

Слабое воздействие антиконвульсантов на синдром отмены опиоидов, в отличие от синдрома отмены алкоголя, в лечении которого препараты обладают выраженной клинической эффективностью, иллюстрирует один из примеров своеобразия лекарственных реакций у больных опийной наркоманией и указывает на принципиальные патогенетические различия между опиоидной зависимостью и алкоголизмом.

Средства для неингаляционного (внутривенного) наркоза применяются в отношении некоторых больных опийной наркоманией при наличии реанимационного оснащения клиники по назначению анестезиолога-реаниматолога. Подобная тактика целесообразна лишь в немногочисленных случаях и только в период острой отмены опиоидов. В постабстинентном периоде наркомании эти препараты не используются.

Показаниями к применению средств для неингаляционного наркоза служат тяжелые и резистентные к действию психотропных средств психопатологические состояния следующих типов: 1) выраженное влечение к наркотику, сопровождающееся психомоторным возбуждением; 2) крайние формы тревожно-ипохондрических нарушений, сопровождающиеся крайне низкой субъективной оценкой собственного психофизического состояния; 3) стойкая бессонница.

В купировании отдельных психопатологических проявлений ОАС могут использоваться такие средства для наркоза, как *тиопентал-натрий, гексенал, метогекситал* (бриетал), *мидазолам* (дормикум). Иногда с этой же целью применяется *пропофол* (диприван).

Ноотропные и нейрометаболические средства. Лекарственные препараты, оказывающие положительное влияние на метаболизм нервной ткани, широко используются в лечении алкоголизма и алкогольного поражения нервной системы. В связи с тем, что опиоидная зависимость, в отличие от алкоголизма и некоторых других видов наркомании (например, кокаинизма и злоупотребления психостимуляторами амфетаминового ряда), не сопровождается развитием заметных психоорганических нарушений, показаний к назначению ноотропных и нейрометаболических средств при лечении наркомании практически не возникает.

Ноотропные и нейрометаболические препараты в ряде случаев могут применяться в постабстинентном периоде опиоидной зависимости, характеризующемся разнообразными проявлениями *синдрома ангедонии* (Крупицкий и др., 2001). В целом эффективность этих лекарственных средств при опийной (героиновой) наркомании невелика.

Ускоренная детоксикация. Принципиальная особенность ускоренных подходов к опиоидной детоксикации — назначение больным наркоманией опиоидных антагонистов — *налоксона и налтрексона* — на самых ранних этапах лечения с целью вытеснения опиоидов, вызывавших зависимость, из связи с опиоидными рецепторами.

Ускоренные подходы к лечению ОАС включают два основных метода — быструю (рапидную) и сверхбыструю (ультрарапидную) детоксикацию.

Быстрая опиоидная детоксикация (rapid opioid detoxification) представляет собой метод лечения опиоидной зависимости, при котором больным назначается клонидин с целью уменьшения абстинентных проявлений и одновременно — малые дозы налтрексона для вытеснения наркотика из связи с рецепторами. Дозы клонидина в процессе лечения постепенно понижаются, а дозы налтрексона, напротив, повышаются (O'Connor, 1997;Боханидр.,2005).

Быстрая детоксикация имеет разные модификации, предполагающие применение различных доз клонидина и налтрексона, назначение налоксона, а также средств симптоматической (в том числе психофармакологической) терапии.

Ранняя адаптация опиоидных рецепторов к антагонистам существенно сокращает период устранения физического компонента опиоидной зависимости и способствует раннему началу противорецидивнои терапии налтрексоном, что существенно снижает риск возобновления употребления наркотиков в постабстинентный период.

Сверхбыстрая опиоидная детоксикация (ultrarapid opioid detoxification) основана на назначении налтрексона сразу в высокой дозе. Для предотвращения смертельно опас-

ных тяжелых абстинентных реакций, преципитируемых высокой дозой налтрексона на фоне толерантности к опиоидам-агонистам, больным назначаются клонидин и средства для наркоза. Кроме того, используются средства симптоматической терапии (антидоты, препараты сердечно-сосудистого действия, лекарственные средства, подавляющие секрецию желез желудочно-кишечного тракта).

Ускоренная опиоидная детоксикация значительно — до 1-2 дней или даже нескольких часов — сокращает продолжительность синдрома отмены наркотика. Ультрарапидная детоксикация имеет серьезные недостатки. Сама целесообразность применения в клинической практике этого метода, рассматриваемого рядом специалистов как «потенциально опасного», подвергается сомнению. С проведением сверхбыстрой детоксикации связывают несколько смертей больных героиновой наркоманией в одной из клиник американского штата Нью-Джерси (Zielbauer, 1999; цит. по: Brust, 2004). H. D. Kleber (2003) определяет данный подход как «единственную процедуру лечения наркомании, связанную с большим числом смертельных исходов».

Сверхбыстрая опиоидная детоксикация избирательно влияет на вегетативно-алгические проявления ОАС и практически не оказывает влияния на психопатологическую картину опиоидной зависимости. Психическое состояние больных наркоманией тотчас после завершения детоксикационных процедур характеризуется очень высоким уровнем тревоги, тягостными ипохондрическими переживаниями, бессонницей, выраженным влечением к наркотику и субъективным ощущением общей «недолеченности» (Сиволап и др., 1999).

Отмеченная диссоциация с преимущественным воздействием метода на собственно абстинентную симптоматику и практическим отсутствием влияния на психические процессы служит главной причиной высокой частоты ранних рецидивов при изолированном использовании ультрарапидных методик. В связи с ограниченным спектром терапевтических возможностей ультрарапидных техник за процедурой детоксикации обязательно должна следовать активная психофармакотерапия, которую желательно проводить в стационарных условиях.

Кратковременная заместительная терапия. Единственный метод лечения синдрома отмены опиоидов — кратковременное замещение наркотика, вызвавшего зависимость, официнальными опиоидами.

Кратковременная заместительная терапия проводится с использованием следующих принципов: 1) опиоиды-заместители должны иметь менее выраженные наркогенные свойства, чем опиоиды, вызвавшие зависимость; 2) предпочтителен выбор препаратов с продолжительным действием; 3) опиоиды-заместители назначаются в режиме дробной отмены.

В рамках кратковременной заместительной терапии возможно использование препаратов трех групп: 1) полные агонисты опиоидных рецепторов *(метадон); 2)* парциальные агонисты опиоидных рецепторов *(бупренорфин);* 3) агонисты-антагонисты опиоидных рецепторов *(пентазоцин).*

Безусловное достоинство кратковременной заместительной терапии опиоидной зависимости — ее максимально щадящий характер, позволяющий использовать метод в отношении соматически ослабленных больных, пожилых пациентов с большой продолжительностью наркомании и беременных (Winger et al., 1992). Мягкий режим отвыкания от наркотиков способствует достаточно высокому уровню удержания больных в лечебных программах (O'Connor, Fiellin, 2000).

Главный (и, пожалуй, единственный) недостаток данного подхода — существенное увеличение общей продолжительности отвыкания от опиоидов.

В России применение официнальных опиоидов (наркотических анальгетиков) в лечении наркомании запрещено законом. К числу единичных исключений относится предусмотренная официальными лечебными стандартами возможность применения в лечебных схемах трамадола (трамала) и буторфанола (стадола), обладающих, по нашему мнению, невысокой терапевтической ценностью.

Биологическая терапия. Биологические подходы к лечению синдрома отмены опиоидов основаны на особом, опосредованном воздействии на мозг больных наркоманией. Довольно широкое применение биологических подходов к лечению ОАС в России (тогда как в западных странах они уже практически не используются) объясняется, но нашему мнению, теми же причинами, что и использование психофармакологического лечения, а именно — отсутствием законодательной базы для заместительной терапии опиоидной зависимости.

Наиболее распространенный биологический метод купирования синдрома отмены опиоидов — это лечение атропином (Кочмала, Пинаев, 1973; Гофман и др., 1986). Атропин (обычно в виде 0,1% раствора атропина сульфата) вводится дробно в различных дозах, исходя из модификации метода. *В* зависимости от дозы и индивидуальной реакции у больных под действием атропина развивается оглушение или делирий. Купирование возникающих под действием атропина состояний обычно достигается с помощью антихолинэстеразных средств. Для подавления создавшегося в структуре психоза психомоторного возбуждения нередко используются нейролептики.

В ряде случаев атропинокоматозная терапия опийной наркомании сменяется инсулинокоматозным лечением (Гофман и др., 1986; Авруцкий, Недува, 1988).

В различные периоды XX в. в лечении опийной наркомании применялась также электросудорожная терапия (Рохлина, 1999; O'Brien etal., 1999). По мере купирования (в том числе и самопроизвольного) атропинового психоза у больных зачастую значительно ослабевает или даже полностью исчезает абстинентная симптоматика.

Постпсихотический период в ряде случаев характеризуется вялостью и анергией, что можно рассматривать как определенное благо для больных, т. к. подобные аффективные состояния характеризуются отсутствием или слабой выраженностью влечения к наркотику.

А. Г. Гофман и Е. С. Лошаков (1985) разработали методику купирования синдрома отмены опиоидов, основанную на преднамеренной провокации делирия с помощью внутривенного введения амитриптилина. Амитриптилин, введенный пациентам с ОАС, проявляет антихолинергические (атропиноподобные) свойства, что способствует развитию психоза. Лекарственный психоз купируется нейролептиками или антихолинэстеразными средствами. Как и при атропинкоматозной терапии, постпсихотический период характеризуется вялостью, анергией, ослаблением или даже отсутствием влечения к наркотику. В методологическом отношении, таким образом, данный подход является своею рода аналогом атропинокоматозной терапии со свойственными ему преимуществами в виде существенного сокращения продолжительности ОАС и сглаженного течения постабстинентных расстройств.

Наряду с перечисленными биологическими подходами есть методы термического воздействия на абстинентную симптоматику, причем это воздействие может иметь полярный характер: охлаждение (криотерапия) или, напротив, нагревание мозга и организма больного в целом. Сторонники термических методов основываются на представлении о глубокой перестройке деятельности мозга в условиях экстремальных температур, что позволяет больному преодолеть наркотическую зависимость.

Одно из немногих, если не единственное, достоинство биологической терапии — существенное сокращение продолжительности синдрома отмены. Кроме того, биоло-

гические подходы предусматривают сравнительно небольшие лекарственные нагрузки или даже полное их отсутствие.

Главный недостаток большинства методик биологической терапии ОАС — их грубое вмешательство в церебральный и экстрацеребральный гомеостаз с плохо изученными и малопредсказуемыми последствиями. Отсутствие достаточного количества научных исследований, подтверждающих безопасность биологической терапии, позволяет считать ее резервным способом лечения наркомании, граничащим с областью экспериментальной медицины.

Наличие в арсенале современной клинической медицины широкого спектра лекарственных препаратов и лечебных подходов позволяет рассматривать биологическую терапию абстинентных состояний не столько в качестве альтернативного метода лечения наркомании, сколько в качестве фрагмента истории наркологии.

Превентивная терапия налтрексоном. Антагонистические свойства налтрексона, его способность блокировать наркотические эффекты героина и других опиоидов-агонистов за счет конкурентного связывания с опиоидными рецепторами позволяют использовать данный препарат с целью предупреждения рецидивов опийной (героиновой) наркомании.

Налтрексон назначается в суточной дозе 50 мг. В тех случаях, когда ежедневный прием препарата по тем или иным причинам невозможен, его разовая доза может удваиваться. Важно, чтобы недельная дозировка налтрексона составляла 350 мг.

Употребление героина или других опиоидов на фоне действия налтрексона не сопровождается появлением желанных для потребителей ПАВ наркотических эффектов. Таким образом, благодаря блокирующему действию налтрексона прием наркотика не сопровождается подкрепляющим эффектом (reinforcing effect), создающим основу для формирования (или поддержания) наркотической зависимости.

Е. М. Крупицкий и соавт. (2001) привели случай предотвращения смерти больного наркоманией, узнавшего о собственной ВИЧ-инфицированиости и совершившего попытку самоубийства путем преднамеренной передозировки героина на фоне систематического приема налтрексона. Угнетения внешнего дыхания и других витальных функций у пациента не произошло благодаря блокирующему действию налтрексона на опиоидные рецепторы.

Иногда прием очередной дозы налтрексона, происходящий после употребления наркотика, вызывает тягостное состояние, идентичное ощущениям синдрома отмены опиоидов с характерной вегетативно-алгической симптоматикой. В ряде случаев реакции взаимодействия налтрексона и героина характеризуются крайне тяжелыми проявлениями, имитируя значительно более гипертрофированное, чем когда-либо прежде в жизни больных, состояние острой отмены наркотика, Опасаясь еще большего усугубления состояния, пациенты категорически отказываются от приема очередной порции препарата и признаются близким в происшедшем эксцессе.

Таким образом, попытки возвращения к употреблению наркотиков в процессе достоверного приема налтрексона в большинстве случаев так или иначе становятся известными окружению больных. Контролируемый прием налтрексона выполняет, помимо превентивного действия, еще и сигнальную функцию, часто позволяя правильно инструктированным родственникам больных вовремя распознать угрозу развития рецидива и принять меры, препятствующие этому.

Результативность терапии налтрексоном колеблется в широких пределах и имеет более высокие величины у пациентов с высокой мотивацией к излечению. Если оценивать эффективность данного подхода по отношению ко всем пациентам, которым назначался налтрек-

сон, приходится признать, что она невелика. Это объясняется низкой субъективной притягательностью препарата для больных наркоманией и частыми отказами от его приема.

Один из способов повышения эффективности превентивной терапии налтрексоном — контролируемый характер приема препарата. Контроль терапии обычно осуществляется родственниками больных, реже — медицинскими работниками в процессе амбулаторного наблюдения. Подконтрольность систематического приема налтрексона должна оговариваться с пациентами на ранних этапах терапии, при их поступлении в клинику в активной фазе болезни.

Задача подконтрольного приема налтрексона, по нашему мнению, легче выполняется в России и некоторых других постсоветских государствах, чем в странах Западной Европы и в США. Это объясняется относительно более молодым, чем в западных странах, средним возрастом больных опийной наркоманией и возможностью более деятельного участия родителей пациентов в процессе их лечения и реабилитации.

Следует принимать во внимание, что даже при контролируемом характере терапии многие больные путем различных ухищрений могут имитировать прием налтрексона.

Немало пациентов, несмотря на информированность о неблагоприятном характере взаимодействия налтрексона и опиоидов, в ходе лечения совершают попытки возобновить употребление наркотика. Нередко случается так, что, убедившись в отсутствии ожидаемых от наркотика эффектов, пациенты пытаются отказаться от дальнейшего приема препарата, чаще всего мотивируя отказ устойчивостью собственного выздоровления и отсутствием необходимости продолжения терапии (достаточно дорогостоящей в российских условиях). К числу других характерных надуманных поводов для отказа от лечения относится якобы плохая переносимость налтрексона, неприятный вкус, тошнота после его приема.

Следует отметить, что в ряде случаев у больных опийной наркоманией отмечается объективное снижение переносимости налтрексона, что проявляется 6 основными типами реакций: 1) цитолитическим синдромом с повышением сывороточной активности митохондриальных ферментов печени — аспартаттрансаминазы (АСТ), аланинтрансаминазы (АЛТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ); 2) снижением порога судорожной готовности; 3) гастроэнтерологическими симптомами (тошнотой, изжогой, болью в животе); 4) головной болью; 5) снижением настроения; 6) идиосинкразией к препарату.

За исключением идиосинкразии к налтрексону, встречающейся крайне редко и представляющей собой неразрешимую клиническую проблему, перечисленные лекарственные реакции обычно носят транзиторный характер, исчезают самопроизвольно либо при соответствующей коррекции терапии.

В практике лечения наркомании необходимо принимать во внимание, что любые, даже самые убедительные, мотивы для отказа от продолжения приема налтрексона в большинстве случаев указывают на намерение больных возобновить употребление наркотиков. Поэтому попытки уклонения от приема препарата должны вызывать настороженность как у медицинских работников, так и у родственников пациентов.

В связи с умеренными гепатотоксическими свойствами налтрексона и его способностью повышать судорожную готовность длительный прием препарата требует периодического биохимического контроля крови с определением сывороточных уровней АСТ, АЛТ, ГГТ и билирубина, а также электроэнцефалографического контроля.

Невысокая общая результативность противорецидивной терапии налтрексоном представляет «поучительный пример того, насколько огромным может быть несоответствие между фармакологическими свойствами и клинической эффективностью» (Bigelow, Preston, 2000).

12.14.2. Поддерживающая психофармакологическая терапия

Как и психофармакологическое лечение синдрома отмены опиоидов, поддерживающий прием психотропных средств в период ремиссии наркомании традиционен для отечественной клинической практики. Наиболее часто в программах противорецидивнои терапии опиоидной зависимости используются нейролептики и антидепрессанты.

Нейролептики обычно назначаются в период купирования синдрома отмены. В постабстинентном периоде либо уменьшаются дозы лекарств, либо мощные нейролептики сменяются препаратами с умеренными фармакологическими эффектами. Среди антидепрессантов наиболее часто в превентивном лечении наркомании назначаются препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

К сожалению, убедительных доказательств эффективности психофармакологических подходов к противорецидивнои терапии наркомании, полученных в ходе двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, до сих пор не получено. Результативность комбинированной противорецидивнои терапии с применением налтрексона и антидепрессантов также остается далекой от удовлетворительного уровня (Крупицкий и др., 2005).

Низкая эффективность психофармакологических подходов к превентивной терапии опиоидной зависимости определяется, по нашему мнению, крайне малой восприимчивостью ядерных аддиктивных феноменов — первичных форм болезненного влечения к ПАВ и обусловленного этим влечением поведения больных — к фармакологическим эффектам психотропных средств.

12.15. Заместительная поддерживающая терапия

Ни одна из известных психофармакологических или терапевтических методик не подвергается столь активному политическому, идеологическому и общественному присмотру, как методика заместительной терапии наркозависимых (ЗТН). Активное немедицинское давление на возможность ее внедрения в ряде стран мира трудно сопоставить даже с неприятием скандально известных лоботомии или электросудорожной терапии. Это и неудивительно, т. к. проблема наркомании, в отличие от проблемы, к примеру, шизофрении, осознается и обозначается чаще всего не как медицинская, а как социальная, психологическая или даже нравственная. Сугубо медицинский анализ часто не берется в расчет, не учитывается, подвергается сомнению и безосновательно отторгается. Позиция ученых, использующих в споре медицинские аргументы, рассматривается обществом как заинтересованная, предвзятая, а общественная позиция — как объективная и «неподкупная». К сожалению, сами специалисты-наркологи в спорах нередко опираются на вненаучные, внепрофессиональные аргументы и ратуют за то, чтобы в работе не игнорировалась «гражданская позиция специалиста» (Иванец, 2000). Если подобное положение дел в сфере анализа и оценки профилактических антинаркотических мероприятий допустимо и понятно (профилактическая деятельность невозможна без согласованных с обществом и государством принципов превентивных действий), то в области терапии и реабилитации — преимущественно медицинских и медико-психологических процедурах, требующих строгого учета фактов и нуждающихся в отрешении от политической целесообразности, —такой подход следует признать субъективным и непродуктивным.

Несомненно, для того чтобы разобраться в сути любой терапевтической методики, требуется научный, а не идеологический анализ. Эксперимент, а не философствование. В России при обсуждении проблемы ЗТН научный подход, к сожалению, до настоящего

времени упускается. Справедливости ради следует отметить, что споры в отношении эффективности и даже допустимости ЗТН не стихают во многих странах мира на протяжении последних сорока лет. Однако это не мешает в подавляющем большинстве государств Европы и мира применять методы ЗТН на практике для ограниченного контингента пациентов, используя в некоторых программах в качестве «заместителей» героина сам героин. Удивляет тот факт, что научные споры по поводу возможности внедрения ЗТН в России на протяжении как минимум десяти лет движутся по замкнутому кругу. Приводимые специалистами аргументы либо игнорируются, либо искажаются. Спор носит явно тенденциозный характер и выходит за рамки научного. Если сравнить аргументацию «за» и «против» метадоновой терапии прошлых лет (Воронин, 1994; Гофман, 1994; Должанская, Егоров, Харькова, 1994)с современной (Бабаян, 2003; Иванец.2004). то обнаружится удивительное сходство обсуждаемых аргументов и контраргументов, вызывающее недоумение. Поразителен факт, что почти за десятилетие в России ученые не предприняли ничего для того, чтобы прояснить ситуацию окончательно и вынести однозначный вердикт по поводу ЗТН.

Сутью ЗТ героин-зависимых пациентов, в отличие от иных психофармакологических методов, является использование в процессе интенсивной и поддерживающей терапии больных наркоманией полных или частичных агонистов опиоидов (метадона, морфина, бупренорфина и др.). Основной целью ЗТН считается т. н. «снижение вреда» от инъекционного употребления наркотических веществ в виде ВИЧ-инфицирования, распространения гепатитов, смертности от передозировок. Не менее важной задачей оказывается и снижение вреда для окружающих наркозависимого человека людей, т. к. лечение агонистами опиоидов снижает потребность в использовании нелегальных наркотиков и, следовательно, криминальную активность пациентов (Менделевич, 2003,2004,2005: Dole, Nyswander, 1965; Ball, Ross, 1991;Auriacombe, Franques, Tignol,2001 и др.).

Основные доводы против внедрения в России ЗТН относятся по большей части к немедицинским. Обращает на себя внимание, что отечественного опыта ЗТН у российских наркологов не имеется, следовательно, их выводы строятся либо на выборочном анализе работ зарубежных коллег, либо на теоретических выкладках. Так, указывается, в частности, на то, что ЗТН не направлена на избавление от наркотической зависимости, что она есть лишь «замена одного наркотика на другой» (Бабаян, 2003; Иванец, 2004). Высказываются мнения о том, что заместительный подход порочен в принципе и сравним с легализацией наркотиков. По мнению Э. А. Бабаяна (2003), при ЗТН «не стимулируется отказ от наркотиков».

Мнения о целях ЗТН, несомненно, спорны. Поскольку даже ее сторонники в разных странах мира имеют различные взгляды на то, что должно быть использовано в качестве основополагающей и конечной цели. По мнению части приверженцев, одна из целей ЗТН — создание базы для последующей отмены наркотика. Была выдвинута модель «стадийных сдвигов», благодаря чему формировалась постепенная, постадийная мотивация наркозависимого к отказу от употребления наркотических веществ (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992). Метадон же в данных случаях рассматривается как «средство фармакологического прикрытия». Конечной долгосрочной целью метадоновой ЗТН, по мнению Э. Субата (2001), должен быть полный отказ пациента от употребления как нелегальных наркотиков, так и метадона. При этом тот же автор указывает на тот факт, что «лечение метадоном не уничтожает зависимости» и, следовательно, его целью не является полное излечение. Следует отметить, что в странах мира, применяющих ЗТН, наблюдается либо расширительный подход к ее назначению, либо ограничительный, различающийся целями и задачами.

По мнению большинства адептов ЗТН, основная ее цель — не избавление пациента от наркомании, а снижение вреда употребления наркотиков в условиях низкой эффективности терапевтических программ, нацеленных на полное излечение (Newman. Whitehill, 1979; Kreek, 1992). И этим ЗТН принципиально отличается от иных методов терапии наркозависимости. Именно поэтому она не является альтернативной по отношению к психофармакотерапии или психологической реабилитации при наркомании. Следует признать, что в полной мере назвать данный вид оказания медицинской помощи терапией неправомерно. Обоснованнее отнести ЗТН к методикам патронажа (паллиативной помощи), а не лечения в собственном смысле слова (Менделевич, 2003).

Исходя из реалий наркологической практики, надо отметить, что для части наркоманов, имеющих многолетний стаж употребления психоактивных веществ и проблемы с соматическим здоровьем, постановка вопроса об отказе от приема наркотического вещества (т. е. выздоровления) не может считаться обоснованной, корректной, гуманной и достижимой. Такие пациенты, по данным разных авторов, составляют до 70?/<> всех лиц, страдающих героиновой наркоманией. Единственно возможной целью терапии данного контингента больных может считаться снижение вреда от употребления наркотиков путем контролируемого регулярного приема лекарственного вещества (в данном случае — агонистов опиоидов) в условиях медицинского учреждения, т. е. фактически патронаж.

В данном контексте интересен анализ часто используемого противниками ЗТН аргумента о ее неэффективности. Не вызывает сомнений, что изучение эффективности метадоновой ЗТН должно учитывать ее патронажную, а не лечебную цель и наркологическую реальность, т. е. фактическую эффективность применяемых в наркологии методов. В исследованиях результативности ЗТН, в отличие от оценки эффективности традиционных методов терапии, упор не должен делаться на проценте излечения (хотя такие данные в литературе имеются (Dole, Nyswander, 1965), поскольку выздоровление как цель при ЗТН не декларируется. Важным представляется анализ эффективности патронажа, т. е. оценки и сравнения того, что могло бы быть с пациентом, если бы он продолжал употреблять инъекционные незаконные наркотики. Критерии оценки эффективности ЗТН учитывают: 1) состояние соматического и психического здоровья; 2) частоту использования незаконных наркотиков; 3) опасность (риск) сексуального поведения: 4) риск т. н. инъекционного поведения и связанный с ним риск передачи ВИЧ и гепатитов; 5) криминальность и некоторые другие параметры. С 1985 г. в мире проведено около 40 научных исследований по оценке эффективности метадоновой ЗТН. В них, помимо освещения медицинских аспектов, доказано, что терапия метадоном способствует снижению уровня преступности, повышению занятости и эффективности реабилитации лиц, употребляющих психоактивные вещества.

Имеются данные о том, что эффективность изолированного применения ЗТН метадоном достоверно отличается как от ЗТ, сочетанной с традиционным психологическим консультированием, так и проводимой одновременно с интенсивной психосоциальной реабилитацией. Так, оказалось, что параллельное употребление нелегальных опиатов при изолированной ЗТН составляет 67%, сочетанной с консультированием — 41 %, а при комплексной терапии и реабилитации — 19%. Эти данные подтверждены иными исследованиями (White, 1999), отмечающими, что через месяц после начала ЗТ метадоном количество проб мочи с положительной реакцией на героин у пациентов снижается с 62% до 29%. В то время как в группах наркозависимых, ожидающих включения в группы ЗТ, изменений не регистрируется.

Получены данные (Ward, Mattick, Hall, 1992) о том, что среди постоянно принимающих метадон по программе ЗТ количество новых случаев заражения ВИЧ достоверно

уменьшается по сравнению с теми, кто прерывал лечение. В 89,5% всех научных исследований по оценке эффективности метадоновой ЗТН доказано, что этот метод — эффективное средство профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих психоактивные вещества. При этом в 44,7% исследований получены достоверные различия по этому показателю между участвовавшими и не участвовавшими в программах ЗТН.

Одним из контраргументов против внедрения ЗТН выступает довод, использующий данные о повышенной токсичности, наркогенности метадона и его вреде для здоровья. Ю. Л. Шевченко (1999) указывал на то, что «по своей наркогенной активности метадон превосходит героин, а потому больной наркоманией, "переведенный" на метадон, значительно труднее поддается лечению. Начиная применять метадон в качестве заменителя героина, больной наркоманией попадает в еще более выраженную метадоновую зависимость, эффективных способов лечения которой пока не известно». По мнению Э. А. Бабаяна (2003), уже к 1970 г. Комиссия по наркотикам при ООН получила большое количество научных статей, описывающих тяжелые последствия применения метадона. Было, в частности, отмечено много ситуаций нарушения функций легких, развития состояний удушья, появления резких отеков, возникновения нарушения сна с ночными кошмарами, смертельные случаи с фатальными комами, возникшие в результате случайных передозировок. Помимо этого, указывалось на высокую токсичность метадона. приводящую к возникновению опасных осложнений со стороны внутренних органов, на медленную скорость его выведения из организма и связанный с этим риск передозировки при одновременном употреблении метадона и героина.

Рассмотрение и анализ достоверности приведенных данных, к сожалению, существенно затруднен в связи с идеологическими и политическими предпочтениями авторов. Сторонники ЗТН, базируясь на собственных исследованиях, приводят многочисленные противоположные данные, отмечая, к примеру, что на основании анализа 1,5 млн человек побочные явления применения метадона — это скорее исключение, чем правило. Токсические реакции, связанные с длительным приемом метадона, регистрировались крайне редко (Kahn, Washington, Showstacketal., 1992).

Известно, что при применении метадона достигаются следующие значимые результаты (Субата, 2001): эффективно подавляется влечение к героину; блокируются опиоидные рецепторы мозга, в результате чего употребление обычных доз нелегальных опиоидов (героина) не вызывает ожидаемой наркоманом степени выраженности эйфории. Так же как и иные опиаты, метадон обладает комплексным действием на центральную и периферическую нервную систему, дает эффект, связанный с высвобождением гистамина. При этом результаты, достигаемые при назначении метадона, так же как и при назначении опиатов, выражаются преимущественно в психической и психосоматической сферах. К ним относятся приятное ощущение теплоты в желудке, снятие болевых ощущений, вялость, сонливость. Но могут быть также тошнота, рвота, дыхательная недостаточность, подавление кашлевого рефлекса, тяжесть в конечностях, сухость во рту, носовой полости и глазах, запоры, сужение зрачков, задержка мочеиспускания, зуд, потливость, эритема лица, гиперемия кожи, сокращение и прекращение менструаций, расстройства сексуальной сферы и некоторые иные патологические проявления при передозировке.

Считается, что, в отличие от действия героина, эйфория при употреблении метадона носит менее выраженный характер и проявляется в большей степени благодушием, чем возбужденностью и экзальтированностью. По мнению большинства исследователей, случаи отравления метадоном при передозировке обычно вызваны желанием потребителей добиться такой же эйфории, как и при приеме героина, хотя метадон не способен вызвать аналогичные ощущения.

Метадоновая терапия назначается в случае многократной неэффективности применения иных психофармакологических или психотерапевтических методов лечения пациентам с длительным стажем злоупотребления наркотическими веществами (опиатами). Метадон отпускается либо в специализированных наркологических центрах под наблюдением врача и медицинского персонала, либо в аптеках. Как правило, пациент в присутствии врача принимает предписанную дозу метадона в виде микстуры или сиропа. Реже метадон назначается в виде таблеток, свечей или инъекций. В настоящее время в подавляющем большинстве стран мира, использующих метадоновую программу, преимущество отдается назначению препарата в виде микстуры или сиропа в условиях наркологического или иного медицинского учреждения. Пациент ежедневно приходит на прием к врачу и получает предписанную дозу метадона. Параллельно с этим пациент включается в реабилитационные программы с разнообразными психотерапевтическими методами (консультирование, тренинги и пр.).

Одним из аргументов против внедрения ЗТН в России выступает точка зрения о том, что во многих странах мира, применявших метадоновые программы ранее, от них отказываются «по причине разочарования». По мнению А. В. Надеждина(2001), метадоновые программы после периода неоправданных «больших ожиданий», «надежд» и первых успехов стали вызывать все большую и большую критику со стороны как врачей и других специалистов, так и общественности тех стран, где они были внедрены. Причины отказа от их широкого применения: относительно высокая токсичность метадона, приводящая к возникновению достаточно опасных осложнений со стороны внутренних органов; медленная скорость его выведения из организма, что существенным образом повышает риск передозировки при одновременном употреблении метадона и героина (в том случае, если больной нарушает предписанный правилами участия в метадоновой программе режим воздержания от самостоятельного приема других наркотиков).

Представленные теоретические размышления А. В. Надеждина не согласуются с данными западных специалистов-практиков, применяющих на протяжении многих лет ЗТН метадон. Особенно следует отметить ошибочное мнение о том, что от методик ЗТН в мире якобы отказываются. Это не соответствует действительности. Наоборот, отмечается увеличение количества больных, включаемых в данные программы (особенно бупренорфиновые). В некоторых странах фактически происходит переориентация с лечения метадоном на лечение героином, что можно трактовать как новый этап развития ЗТН, а не как отказ от нее. В настоящее время ЗТН используется в большинстве стран Европы и СНГ в первую очередь для наркозависимых с коморбидной патологией — ВИЧ-инфицированных. Этот вид терапии с успехом применяется с 1967 г. в Швеции, с 1968 г. — в Голландии и Великобритании, с конца 1960-х гг. — в Дании, с 1974 г. — в Финляндии, с 1975 г. — в Италии, с 1977 г. — в Португалии, с 1983 г. — вИспании,с 1987 г. — в Австрии, с конца 1980-хгг.— в Люксембурге, с 1992 г. — в Германии и Ирландии, с 1993 г. — в Греции, с 1995 г. — во Франции, с 1997 г. — в Бельгии. Данные на май 2005 г. по использованию и правовому статусу ЗТН в республиках бывшего СССР указывают на то, что по крайней мере в десяти странах (Украине, Кыргызстане, Латвии, Литве, Эстонии, Молдове, Азербайджане, Белоруссии, Грузии, Узбекистане) имеется правовой статус поддерживающего лечения наркозависимых метадоном или бупренорфином, и общее число пациентов, проходящих подобную терапию, составляет более двух тысяч человек.

С 1993 г. по настоящее время отмечен рост более чем в 7 раз числа наркозависимых, проходящих ЗТ метадоном. Количество европейских пациентов, находящихся на ЗТ, в настоящее время насчитывает более 530 000, что составляет 30% от всех потребителей героина (ECCMDA, 2005). Только во Франции около 120 000 наркозависимых проходят

ЗТ бупренорфином. Представленные данные указывают на то, что в настоящее время отмечается не убывание числа программ заместительной терапии, а приращение. Однако отметим и тот факт, что специалисты не стремятся максимально расширять число лиц, включаемых в программы ЗТН. Наблюдается также тенденция смещения акцента с терапевтического на патронажный с уточнением показаний для использования данного вида оказания медицинской помощи. Кроме того, следует иметь в виду, что ЗТ, как правило, используется для помощи наркозависимым опийной группы, темпы прироста которой стали уступать темпам роста иных видов наркомании в Европе и Америке. Как результат этого можно ожидать в будущем уменьшения числа наркозависимых, включаемых в программы метадоновой и бупренорфиновой ЗТ в абсолютных цифрах. В настоящее время активно разрабатывается и внедряется ЗТ амфетаминовой и кокаиновой наркомании (Weber, Ledergerber, Poravil et al., 1990).

Наиболее серьезным возражением против внедрения в России метадоновой ЗТН можно считать экономический аргумент. Многие авторы считают, что данный вид терапии затратен. Проведенный в странах, практикующих ЗТН, анализ ее стоимости указывает на важность сравнительного аспекта экономического эффекта. Учитывая, что пациенты, включающиеся в программы ЗТН, нуждаются в медицинской помощи также и по поводу коморбидных заболеваний, следует проводить оценку экономической эффективности или затратности в сопоставлении с возможными средствами, которые они должны были бы истратить в связи со своим заболеванием и без использования ЗТ. По данным многих авторов (Gunne, Gronbladh, 1981; Gibson, Jasinski, Cowan, Lewis, 1994; Flynn, McCarthy, 1999; Joseph, Stancliff, Landgrod, 2000), каждый доллар, вложенный в программы поддерживающей метадоновой терапии, экономит 4-5 долларов, которые пришлось бы потратить на медицинскую помощь этим категориям пациентов. При этом не учитывается стоимость лечения от ВИЧ/СПИДа или гепатитов, весьма дорогостоящих. Известно, что средняя годовая стоимость метадоновой ЗТН составляет от 3000 до 5000 долларов (или от 80 центов до 1 доллара 4 центов в день). Эти цифры учитывают исключительно медицинские затраты и не берут в расчет социальные аспекты (снижение криминальной активности).

Еще одной из причин споров противников и сторонников ЗТН считается вопрос о возможном влиянии внедрения такой терапии не столько на состояние здоровья самих наркоманов, сколько на лиц, которые не имеют опыта употребления психоактивных веществ. По мнению А. В. Надеждина (2001), «введение "заместительной терапии" даже для ограниченных контингентов лиц, зависимых от героина и других веществ опиоидного ряда. приведет к существенному снижению эффективности профилактических программ, т. к. она будет рассматриваться начинающими потребителями наркотиков как способ избежать медицинских и социальных осложнений от их потребления в перспективе».

Подобный тезис представляется малообоснованным. Размышляя в русле предложенной парадигмы, любое эффективное лечение от наркомании следует признать нежелательным, поскольку это может рассматриваться как «способ избежать медицинских и социальных осложнений от их (наркотиков) потребления в перспективе». Получается, что создание и применение новых эффективных психофармакологических средств, психотерапевтических или социальных программ для больных наркоманией не является важным и принципиальным, т. к. если найдется способ полного излечения зависимостей от ПАВ, то подростки перестанут испытывать страх перед «неминуемым концом».

Нередко противники ЗТН указывают на то, что основное используемое средство (например, метадон) может появиться на черном рынке и вызвать волну наркозависимости. Данный аргумент выходит за рамки научного, т. к. те, кто исповедует такой подход, априори признают, что любое вещество, к которому может возникнуть зависимость,

по причине недобросовестности медицинских работников может быть использовано в корыстных целях с криминальными последствиями. Исходя из этой логики, можно предположить, что тогда есть все основания запретить врачам использовать бензодиазепины, транквилизаторы, применяемые в психиатрии, а также наркотические вещества, используемые в анестезиологии и онкологии.

Сторонники заместительной терапии (Субата, 2001; Менделевич, 2004) согласны с тем, что метадоновая программа не лишена недостатков. К ним нужно отнести следующие: 1) лечение метадоном не уничтожает зависимости; 2) появляется вероятность проникновения метадона на черный рынок; 3) возникает сосредоточение пациентов вокруг лечебного учреждения; 4) происходит неполный отказ от нелегальных наркотиков у лиц, проходящих заместительную терапию Перечисленные недостатки, несомненно, влияют на вероятность принятия той или иной страной решения о внедрении ЗТН. Следует обратить внимание, что признание недостатков позволяет принять упреждающие меры по борьбе с ними. Так, один из эффективных способов противостоять нелегальному распространению метадона — изготовление его жидкой формы, пользующейся малым спросом на черном рынке.

Приведенный анализ аргументов, используемых в России для принятия решения о возможности внедрения ЗТН, доказывает, что веских медицинских и медико-психологических оснований против ее внедрения не существует. Преобладающими остаются политические и идеологические мнения, что следует признать неадекватным при принятии решения об одном из методов лечения хронического труднокурабельного заболевания.

Поддерживающая терапия LAAM. Аналогом ММТ (метадоновой поддерживающей терапии) является поддерживающее лечение *L-альфа-ацетилметадолом* (LAAM). Как видно из названия, LAAM химически близок к метадону и обладает еще более пролонгированным, чем у метадона, фармакологическим действием.

Продолжительность периода отсутствия абстинентной симптоматики и блокады наркотических эффектов запрещенных опиоидов под влиянием LAAM достигает 72 часов. Благодаря пролонгированному фармакологическому действию препарат назначается три раза в неделю, обычно в понедельник, среду и пятницу, причем пятничная доза лекарства повышается на 30^0% для более эффективного предотвращения развития абстинентной симптоматики в последующие трое суток (Bigelow, Preston, 2000). В редких, наиболее благоприятных, случаях LAAM эффективен при использовании два раза в неделю.

Считается, что LAAM в дозе 1,2-1,3 мг трижды в неделю эквивалентен 1 мг метадона при ежедневном приеме. В типичных случаях поддерживающие дозы LAAM, достигаемые путем постепенного повышения в течение 2-4 недель, составляют от 70-70-100 мг до 100-100-140 мг (Bigelow, Preston, 2000).

В связи с замедленными фармакокинетическими характеристиками стабилизация состояния больных с синдромом отмены героина при использовании LAAM происходит позже, чем при лечении метадоном, — в среднем за 9 дней по сравнению с 5 днями (Brust, 2004).

Несмотря на недостаточно полное купирование абстинентных симптомов у некоторых больных, особенно в начале лечения, LAAM не назначается ежедневно во избежание токсических реакций, которые могут быть обусловлены неожиданным усилением действия препарата, что связано с накоплением в организме его активных метаболитов. Чрезмерно быстрое наращивание дозы препарата сопровождается высокой частотой случаев угнетения дыхания (Eissenberg et al., 1999). Отмечены случаи возникновения желудочковой тахикардии под влиянием высоких доз LAAM (Deamer et al., 2001).

Продолжительная заместительная терапия LAAM в большей степени, чем метадоновые программы, способствует уменьшению употребления запрещенных наркотиков (Glantzetal.,1997).

Замедленное поступление LAAM в кровь и отсроченный характер его эффектов (в том числе эйфоризирующего действия) делают этот препарат малопривлекательным для больных наркоманией. LAAM гораздо реже метадона перераспределяется в сферу незаконного оборота наркотиков. С другой стороны, замедленное развитие терапевтических эффектов LAAM в ряде случаев обусловливает недостаточное влияние на абстинентную симптоматику у больных наркоманией, их неудовлетворенность лечением и более частое, чем у реципиентов ММТ, выбывание из лечебных программ на ранних этапах терапии (Johnson et al., 2000). Недостаточное купирование абстинентных симптомов на начальных этапах терапии нередко провоцирует больных на дополнительное употребление героина. Постепенное накопление и — в ряде случаев — неожиданное для пациентов усиление опиоидных эффектов активных метаболитов LAAM при их взаимодействии с уличными опиоидами повышает риск опасной передозировки.

По мнению P. G. O'Connor и D. A. Fiellin (2000), для большинства больных героиновой наркоманией преимущества поддерживающей терапии LAAM превосходят ее недостатки, и недостаточно широкое применение этого подхода в США «главным образом объясняется бюрократическими препятствиями» (цит. по: Brust, 2004).

Поддерживающая терапия бупренорфином (buprenorpnine maintenance treatment, BMT) имеет значительно более короткую историю, чем метадоновые программы, и является альтернативой ММТ. Данный подход к лечению героиновой наркомании наиболее распространен во Франции, где он применяется с середины 1996 г.

В 2002 г. получено разрешение FDA на применение заместительной терапии героиновой зависимости с использованием бупренорфина в США. К его преимуществам как парциального опиоидного агониста относятся умеренные (по сравнению с морфином и другими полными ц-агонистами) респираторные эффекты, менее выраженные наркогенные свойства, замедленное развитие толерантности, незначительное влияние на гемодинамику, невысокая способность подавлять кишечную моторику (Звартау, 2003).

Наиболее часто суточная доза бупренорфина в рамках BMT составляет 8-16 мг, а в некоторых программах достигает 32 мг (Auriacombe, 2003). Эти дозы препарата достаточны для предотвращения синдрома отмены у реципиентов лечебных программ и блокады наркотических эффектов уличного героина. Считается, что 6-8 мг бупренорфина при длительном поддерживающем лечении наркомании эквивалентны 60 мг метадона (Amass et al., 1996; Welsh et al., 2002).

Некоторые программы поддерживающей терапии благодаря продолжительному фармакологическому действию бупренорфина предусматривают его назначение три раза в неделю (O'Connor et al., 1998; Schottenfeld et al., 1998). P.R. Mattick и соавт. (2003), на основании результатов двойного слепого исследования сравнительной эффективности ММТ и BMT, проводившихся в отношении 405 больных героиновой наркоманией, считают такой режим оптимальным.

Результаты исследований сравнительной эффективности ММТ, длительного опиоидного замещения с помощью LAAM и поддерживающей терапии бупренорфином имеют противоречивый характер (Brust, 2004). По мнению некоторых исследователей, эффективность поддерживающей терапии бупренорфином сопоставима с эффективностью метадоновых программ при использовании препаратов в эквивалентных дозах (Strain etal., 1994; O'Brien, 1996).

Подобно тому, как реципиенты метадоновых программ нередко увеличивают назначенную дозу метадона за счет препарата, циркулирующего в сфере незаконного оборота ПАВ, участники BMT также склонны к несанкционированному наращиванию дозы бупренорфина (Amass et al., 1996; Carrieri et al., 2003).

Относительно высокая частота немедицинского употребления бупренорфина во Франции объясняется широкой распространенностью программ ВМТ, преобладанием амбулаторных форм лечения и возможностью выписывать рецепт на препарат у врачей общей практики (Obadiaetal., 2001).

Инновационным подходом к заместительной терапии героиновой зависимости является поддерживающий прием препарата, содержащего бупренорфин и налоксон, изготовленного в виде таблеток для сублингвального приема (препарат производится во Франции компанией *Reckitt Benckiser* под названием suboxone). Положительное подкрепляющее действие бупренорфина (как и других наркотических анальгетиков) при сублингвальном приеме проявляется значительно меньше, чем при внутримышечном и тем более внутривенном введении. Антагонистическое действие налоксона практически незаметно при сублингвальном приеме в связи с низкой биодоступностью. Если больные наркоманией, принимающие комбинированный препарат бупренорфина и налоксона, стремятся повысить его наркогенный эффект путем внутривенного введения растолченных и растворенных в воде таблеток, специфическое наркотическое действие не развивается в связи с блокадой опиоидных рецепторов налоксоном, обладающим высокой биодоступностью при внутривенном введении и более сильным, чем у бупренорфина, аффинитетом к ц-рецепторам.

Применение бупренорфина как альтернативы метадону представляется оправданным (если вообще придерживаться доктрины заместительной терапии опиоидной зависимости) в первую очередь благодаря парциальному характеру его ц-агонистических свойств. Бупренорфин способен облегчить переход от полных агонистов (в первую очередь, героина) к антагонистам опиоидных рецепторов и полному воздержанию от ПАВ. Парциальными агонистическими свойствами препарата обусловлен его более низкий, чем у метадона, наркогенный потенциал.

12.15.1. Нелекарственные методы лечения

Наряду с медикаментозным лечением в превентивной терапии опиоидной зависимости используются нелекарственные подходы, которые можно разделить на следующие основные категории: 1) психотерапия; 2) пребывание в терапевтических сообществах; 3) общества «анонимных наркоманов».

В. Д. Менделевич (2005) считает, что методы работы обществ «анонимных алкоголиков» и «анонимных наркоманов» не имеют научного обоснования и поэтому не должны рассматриваться в качестве лечебной технологии. Несмотря на правомерность этой точки зрения, нельзя не признать определенную результативность и данного подхода, упоминаемого во многих авторитетных монографиях и руководствах, посвященных проблеме злоупотребления алкоголем и наркотиками!

Хотя психотерапия (и другие методы нелекарственного лечения) и реабилитация больных наркоманией обычно рассматриваются отдельно, очевидно, два этих процесса тесно связаны между собой.

Необходимость поиска эффективных подходов к нелекарственному лечению аддиктивных расстройств в первую очередь мотивируется фармакорезистентностью болезненного влечения к ПАВ и других ядерных аддиктивных феноменов и ограниченной результативностью любых подходов к противорецидивной терапии наркомании. Очевидно, главная цель нелекарственных методов лечения и реабилитации в наркологии — изменение ценностной ориентации и мотивационных установок больных.

ГЛАВА 13

ГАШИШНАЯ НАРКОМАНИЯ

В истории, написанной еще до нашей эры Геродотом, сказано: «В скифской земле произрастает конопля — растение, очень похожее на лен, но гораздо толще и крупнее... Ее там разводят, но встречается и дикорастущая конопля... Взяв это конопляное семя, скифы подлезают под войлочную юрту и затем бросают ее на раскаленные камни. От этого поднимается такой сильный дым и пар, что никакая элинская паровая баня не сравнится с такой баней. Наслаждаясь ею, скифы громко вопят от удовольствия». В примечании отмечено: «Изображенный здесь обычай является частью культового обряда. Сжигаемые в юрте стебли конопли производили дым, вызывающий опьянение. Находившиеся в юрте люди (и среди них шаманы) приходили в экстаз».

В дореволюционной Средней Азии существовали специальные притоны — «нашахона», служившие местом для курения гашиша, где наркоманы садились в кружок и, передавая друг другу «чилим» (курительный прибор), по очереди делали по одной-две затяжки, стараясь сделать вдох как можно глубже. В те времена изготавливали многочисленные сложные по составу продукты, содержащие гашиш, применяемые не только наркоманами, но и в «лечебных целях» — женщинами и детьми: «гульканд» (конфеты), «веселящие пилюли», «ругани кайф» (миндальное масло и гашиш) и др. Употребление гашиша в дореволюционной Средней Азии во много раз превышало его употребление в Индии. Так, например, на каждую тысячу населения приходилось в год 5 пудов (80 кг) выкуренной анаши.

Как писал один из видных исследователей гашишизма Л. В. Анцыферов, «во всех населенных местностях Средней Азии, в любой мелочной лавочке или чайхане можно было приобрести анашу, ее не только продавали, но ею любезно угощали посетители чайханы друг друга, так же как европейцы — папиросами. Популярность анаши в Средней Азии не меньшая, чем алкоголя в Европе, и так же редко можно было встретить коренного жителя, не познакомившегося хотя бы раз в жизни со вкусом и действием анаши, как трудно встретить европейца, не испробовавшего алкоголя».

Конопля произрастает почти на всех континентах (Азия, Африка, Европа, Америка). Культурная конопля происходит из Индии, Центрального и Западного Китая. Дикорастущая конопля широко распространена в различных климатических зонах. В Россию ее завезли кочевые племена скифов. Здесь произрастают среднерусская, северная и южная конопля, имеющая различные вегетационные периоды: северная — 75 дней, среднерусская — 100 дней, южная — 180 дней.

Возделывают коноплю для получения волокна, из которого изготавливают морские канаты, рыболовные снасти, упаковочный шпагат, брезент, мешковину, пожарные рукава. Эти изделия имеют большие преимущества перед синтетическими. Семена конопли на 35% состоят из масла. Из-за того, что оно быстро высыхает, его используют для изготовления олифы, лаков, красок. Семенами конопли кормят домашнюю птицу. Жмых является кормом для скота. Он содержит значительное количество жиров и белков.

Концентрация действующего начала конопли тетрагидроканнабинола (ТГК) увеличивается в направлении с северо-запада на юго-восток России от 0,1 до 12%. В соцветиях ТГК возрастает от фазы бутонизации к фазе цветения, достигая наивысшего количества к началу созревания семян. Сухой жаркий климат способствует увеличению содержания ТГК. Смолистые вещества, обладающие наркотической активностью, находятся в женских растениях (растение двудомное). Когда конопля зацветает, на цветах и прилегающих к ним верхних листках образуется липкая золотистая смола с приятным мятным ароматом.

Существует много методов получения наркотика. В зависимости от местности и способа изготовления он имеет разные названия. В Европе, на Ближнем Востоке, в Средней Азии — гашиш, анаша. Это смесь пыльцы или пыли, оставшейся после уборки конопли, с различными наполнителями. В Индии — ганджа, чаррас, в Афганистане — чаре. Ганджа — высушенные цветущие верхушки, чаррас (чаре) — смола, извлеченная из цветущих верхушек. Банг — листья конопли (верхушки), растертые до пасты. Из пасты изготавливают пилюли и напитки. Из листьев делают отвар в воде или молоке. В Северной Америке наркотик из конопли называется киф, в Южной Африке — дагга, в Бразилии — маханга. В США, Канаде, Латинской Америке используются соцветия и прилегающие к ним листья под названием марихуана. В Закавказских республиках принято название план. Существуют и такие, как дурь, хурус (петух). В научной литературе используют понятие «каннабис». Это верхушки конопли с цветами или плодами, из которых не была извлечена смола.

Гашиш изготавливают в период массового цветения до уборки и обмолота (июль—сентябрь). На сельхозмашинах накапливается смола, содержащая 10-25% ТГК. С целью получения гашиша используют мякину (отходы), которую просеивают сквозь сито. «Жидкий гашиш» получают путем экстракции авиационным бензином либо этиловым спиртом измельченной конопли. После отгонки содержание ТГК доходит до 50%.

13.1. Эпидемиология

В США эпидемия гашишизма была спровоцирована войной во Вьетнаме. Начавшись в среде военнослужащих, она перебросилась на американский континент. Марихуана стала быстро распространяться в школах и университетах страны. В конце 1960-х гг. в США 15% школьников в возрасте 10-15 лет в компаниях курили марихуану. Своего пика эпидемия гашишизма достигла спустя десять лет. Данные опросов выпускников школ, ежегодно проводимых в США, показали, что в этот период доля учеников 12-х классов, пробовавших марихуану хотя бы один раз в жизни, составляла 60,4%. К 1993 г. в результате совместных усилий государственных и общественных организаций по борьбе с распространением гашиша в США отмечено некоторое снижение ее употребления в среде школьников и студентов. С 1997 г. вновь наметился рост числа лиц, попробовавших гашиш впервые, до 50%.

По сведениям Национального института по изучению злоупотребления наркотическими средствами (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information), в 1999 г. число американцев, попробовавших марихуану впервые, составило более двух миллионов человек. Две трети из них находились в возрасте от 12 до 17 лет. Гашиш, употребляющийся в настоящее время, — более сильнодействующий наркотик (действует в 5 раз сильнее), чем гашиш, используемый в 1970-е гг. (Сенцов и др., 2004).

По данным Е. А. Кошкиной (2003), среди впервые в жизни выявленных больных наркоманией в России около 4% страдают зависимостью от гашиша. Показатель забо-

леваемости гашишной наркоманией отличается стабильностью и составляет 1,7-1,8 на 100 000 населения.

Смола конопли в медицинских целях использовалась с древних времен. Фармакопея СССР (1937 г.) рекомендует эту смолу от кашля, усталости, ревматизма, астмы, белой горячки, головной боли, тяжелых форм менструации. В 1954 г. смола конопли была исключена из фармакопеи.

В 1970-1980 гг. рядом государств, в том числе США, предпринимались попытки исключения конопли из списка наркотиков. Эта процедура называлась «декриминализация» марихуаны. В этот период стали появляться публикации, показывающие безвредность применения конопли. Более того, ряд исследователей расценивают коноплю как панацею. Так, Н. Bhargava в 1978 г. приводит данные о наличии у конопли анальгетических, противовоспалительных, гипотермических, противокашлевых, спазмолитических, гипотензивных, противорвотных, противосудорожных, бронхолитических и антидепрессивных свойств. Кроме того, опубликованы данные о возможности использования ТГК для снижения внутриглазного давления при глаукоме, а также в качестве седативного, снотворного, обезболивающего и противоопухолевого средства.

До 1992 г. в США гашиш находился в Списке № 2, что означало возможность ограниченного использования в медицинских целях (для больных СПИДом, онкологическими заболеваниями, глаукомой). С 1992 г. только основной психоактивный компонент гашиша — тетрагидроканнабинол, легально производимый в США, разрешен к использованию в медицине под контролем для лечения глаукомы и токсикоза раковых больных, прошедших курс химиотерапии. Речь идет о препаратах дронабиол (маринол) и набинол (цезамегп).

13.2. Причины злоупотребления

А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991), ссылаясь на зарубежных исследователей, подчеркивают, что первоначально главную причину злоупотребления гашишем видели в свойственных подросткам любопытстве и поисках неизведанного. Затем большое внимание стали уделять психосоциальным особенностям подростков. Отмечались их нежелание трудиться, склонность к паразитическому образу жизни, непокорность, неподчинение принятым нормам и правилам поведения, аффективная неустойчивость и даже склонность к депрессиям. Наконец, ведущую причину стали усматривать в социопсихологических факторах — нестабильности родительских семей, их распаде, пьянстве и алкоголизме родителей.

Систематическое употребление гашиша связано с неблагополучием в семье, плохой успеваемостью, прогулами занятий в школе, ранней сексуальной активностью и применением других наркотических средств (алкоголь, сигареты, стимулирующие препараты, галлюциногены, снотворные лекарства). К другим провоцирующим факторам относят самолечение им тревоги и депрессии, неудовлетворенность жизнью, социальное неравенство, непризнание общественных норм поведения (Лоскен и соавт., 1998).

13.3. Фармакология

В результате курения 50% тетрагидроканнабинола проникает в кровоток. Достижение пика концентрации в крови наблюдается в течение часа. За следующий час уровень ТГК снижается, эффекты опьянения исчезают через 6 часов. При употреблении гашиша внутрь в кровь поступает на треть меньше наркотика, чем при курении. Его действие

наступает через 0,5-2 часа после приема. ТГК проникает в клетки, связывается с белками крови, депонируется в жировой ткани. Здесь его можно обнаружить через 2-3 недели. По данным А. Лоскен с соавт. (1998), высокоаффинные участки для ТГК идентифицированы в печени и мозге. В мозге ТГК связывается с G-протеинсодержащими рецепторами нейронов и ингибирует аденилатциклаза/цАМФ вторичную информационную систему. Этот механизм действия является биохимической основой эффектов гашиша на центральную нервную систему. Каннабиноиды и их метаболиты хорошо растворимы в жирах, поэтому взаимодействие с липидами клеточных мембран повышает их проницаемость. ТГК метаболизируется в печени, выводится преимущественно через билиарную систему и в меньшей степени через почки. Период полураспада ТГК в крови около 2 суток.

В результате проведенного исследования (Peters et al., 1976) был сделан вывод, что основной эффект марихуаны связан не с нарушением высших корковых функций, а с прямым или опосредованным, через ствол мозга либо лимбические структуры, воздействием на вегетативную нервную систему.

13.4. Клинические проявления

Проявления гашишного опьянения разнообразны. Они зависят от дозы ТГК, попавшей в организм, индивидуальных особенностей, способа введения, индуцирующего влияния компании курильщиков. При небольших дозах сказывается «эффект ожидания» (Пятницкая, 1975). Речь идет о предварительной установке человека, имеющихся у него сведениях о действиях гашиша.

Нередко на первом этапе потребления препаратов из конопли появляются неприятные ощущения, чувство тошноты, горечи во рту, слюноотделение, головокружение (защитные реакции организма). Из-за этого некоторые люди бросают принимать наркотик. Остальные, часто находясь под дурным влиянием опытных наркоманов, продолжают курение. Как правило, действие препаратов из конопли начинается с жажды, чувства голода, сухости слизистых оболочек. Постепенно по всему телу разливается тепло, появляется ощущение невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы; по любому поводу возникает нелепый спонтанный смех. Больной не может сосредоточиться, ассоциации возникают легко и меняются с калейдоскопической быстротой, он произносит набор фраз, часто без окончаний, у него отмечается быстрый поток мыслей.

По мере потребления гашиша все больше сужаются контакты с окружающими, больной находится как бы в вакууме, у него нет взаимопонимания с остальными людьми. Больные часто импульсивны. У них возникают массивные иллюзии, фантазии, все звуки приобретают для них особый резонанс, появляется ощущение, что разговор идет в зале с усиленной акустикой (Бабаян, Гонопольский, 1987).

И. Н. Пятницкая (1975) выделяет четыре последовательные фазы гашишного опьянения. Для *первой* — фазы страха и тревоги, возникающей через несколько минут после приема гашиша, характерны ощущение ужаса, тревожная подозрительность. Наряду с обостренным восприятием внешних раздражителей отмечается повышенная пугливость. Как правило, отмечаются расширение зрачков, покраснение лица, дрожь в руках. Курильщик ощущает сухость во рту, тепло по всему телу, тяжесть в ногах.

Спустя 5-Ю минут первая фаза сменяется *второй.* В это время наблюдаются расстройства восприятия, мышления, сознания и соматических функций. Курящие воспринимают цвета необычно яркими, контуры предметов видятся им четкими, контрастными или, наоборот, расплывчатыми. Зачастую больной не в состоянии перешагнуть че-

рез канаву, т. к. она представляется ему огромной рекой. Окружающие события могут восприниматься ускоренно или, напротив, замедленно. Из-за повышенной эротичности, характерной для этого периода, наиболее частой темой разговора в кругу курильщиков является секс. Во *второй* фазе наблюдается также быстрая смена представлений. Расстройства мышления могут быть не только по форме, но и по содержанию. Отмечаемые в начале легкость принятия решений, беспечность и безответственность свидетельствуют о поверхностном мышлении. Вскоре оно становится непоследовательным, отрывочным. Воспринимаются и перерабатываются лишь случайные внешние события, что свидетельствует о сужении сознания. В этой фазе отмечаются особый блеск глаз, учащение пульса, подъем артериального давления, оживление сухожильных рефлексов, шаткость походки, неустойчивость. Характерен горизонтальный установочный нистагм.

Для *третьей* фазы — глубокой степени интоксикации — характерна бессвязность мышления. Больные внешне становятся малоподвижными, отрешенными от окружающего, воспринимают реплики и действия лишь тех, кто с самого начала входил в круг курильщиков. Необходимо приложить усилие, чтобы привлечь их внимание извне. В то же время курящие охотно повторяют слова или движения других курильщиков, начинают смеяться или плакать, в зависимости от того, смеется или плачет в это время сосед. Наряду с этим отмечаются разнообразные иллюзии, расстройства восприятия времени и схемы тела, насыщенность и широкая гамма эмоций, оживление функций подкорковых образований. Курильщик выглядит бледным, у него усиливается потливость, нарастают голод, жажда, снижается температура тела, повышается артериальное давление.

Для *четвертой* фазы — фазы выхода из гашишного опьянения — характерны вялость, слабость, бледность, заторможенность, апатичность. Несмотря на это, у человека появляются повышенный аппетит и постоянная жажда. После выхода из гашишного опьянения он спит 10-15 часов. Однако сон беспокойный, поверхностный, со вздрагиванием, бормотанием. По пробуждении больного продолжают беспокоить жажда, повышенный аппетит.

Представляет интерес описание гашишного опьянения, сделанное Френкелем. Первыми признаками, по его мнению, являются чувство беспокойства, стеснительность. Приближается что-то неизвестное и неотвратимое, подавляется активность, на ее место приходят беспомощность, страх, слабость. Картины давно забытых переживаний всплывают одна за другой, перед глазами оживают целые эпизоды. Происходит ложное восприятие окружающей действительности: нарушается восприятие пространства, пол уходит из-под ног, появляется ощущение атмосферных изменений, перед глазами плывет туман, нависает дымка, постепенно краски светлеют, предметы и их очертания кажутся красивее, все озарено лучистым светом. Опьяневший сообщает об этом, однако выражать последовательно свои мысли не может. Временами он начинает хохотать, порой смех длится несколько минут. Приятные впечатления усиливаются, неприятные смягчаются. Кажется, что нет больше никаких затруднений, можно преодолеть пространство и время. Опьянение сменяется депрессией и сонливостью.

Ж. Буке (1951) подробно систематизировал состояние, возникающее при острой интоксикации каннабисом, с выделением следующих этапов. На *этапе моторного возбуждения* субъект испытывает желание двигаться — ходить, прыгать, танцевать. В то же время он воздерживается от этих действий. Ослабевает контроль: ум субъекта постоянно заполняют идеи, чуждые ему, на которых он стремится сосредоточить внимание. Событие, в котором нет ничего смешного, вызывает у него неадекватный и неудержимый смех. *Этап одурманивания:* субъект неразговорчив, но часто в этом состоянии во время бесед делится сокровенными мыслями. Движения, слова, поступки, содержание иллю-

зий и галлюцинаций раскрывают глубоко личные, тайные мысли гашишемана. Во время *этапа диссоциации идей* появляется потребность высказаться. При этом разговоры опьяневшего бывают странными. Собеседника поражают сумасбродные высказывания субъекта, повергают его в недоумение, на что тот отвечает новыми взрывами безумного смеха. Субъект говорит взволнованно, с жаром спорит о пустяках и бывает поражен, когда ему кажется, что окружающие не разделяют того волнения, которое чувствует он. *Этап гипертрофии своего «Я»* характеризуется тем, что субъект считает себя высшим существом. Он смотрит на своих товарищей с великим, хотя и дружелюбным, презрением, считает их намного ниже себя во всех отношениях. На этапе бредового возбуждения теряется правильное, точное ощущение окружающих людей или предметов. Это состояние проявляется необычной обостренностью чувств, гипертрофией идей. *Дспее возникает ужас перед шумом.* Путаница мыслей усиливается, моменты просветления становятся все короче, и наркоман постепенно оказывается во власти своих субъективных переживаний. Он испытывает навязчивое ощущение тикания часов и даже легкое жужжание москитов. Малейшее физическое усилие становится почти невозможным. Субъект впадает в состояние апатии, равнодушия. *Затем следует нарушение представления о времени.* Опьяневшему кажется, что время движется бесконечно медленно, т. к. между двумя ясными впечатлениями возникает множество других, смутных и часто незаконченных. Время измеряется только воспоминаниями именно о них. На этапе нарушения представления о пространстве расстояние между субъектом и человеком, стоящим совсем рядом с ним, представляется огромным. Кажется, что рука никогда не дотянется до стакана, так велико расстояние между ними. Если поставить лестницу, ступеньки ее «протянулись бы в небо». *Во время этапа искажения восприятий* необычайно обостряется работа органов чувств, особенно зрения и слуха. Образы воспринимаемых предметов искажены и постоянно меняются. Форма и цвет объектов часто кажутся измененными. *Цалее происходит раздвоение личности.* Субъект наряду с ощущением своего собственного действительного «Я», которое живет нормальной жизнью, чувствует, что бок о бок с ним существует некто фантастический и непостоянный, внушающий ему бесчисленные идеи. *На этапе повышенной внуишемости* достаточно опьяневшему назвать какую-то вещь, чтобы она немедленно предстала у него перед глазами. Любое впечатление, действующее на его чувства, немедленно вызывает мнимые восприятия — иллюзии или галлюцинации. *Этап галлюцинации* характеризуется тем, что некоторые субъекты видят, как их преследуют дикие звери или что им грозит смерть. Это состояние сопровождается острым чувством страха. *Затем наблюдается острая чувствительность к звукам.* Слуховая чувствительность чрезвычайно обостряется. Слабый музыкальный звук, вибрация струны приобретают громкое звучание. *На этом этапе обостряются эмоциональные переживания* («волнение любви», по Ж. Буке): давно забытые сцены вновь предстают перед глазами наркомана в мельчайших деталях. Возвращается память о дорогих его сердцу существах. Если же он испытывает к кому-нибудь отвращение, то антипатия превращается в жгучую ненависть. *Цалее возникает состояние онейрического экстаза.* Сильные побуждения к воображению постепенно уменьшаются. Туман, окутывающий все предметы и людей, существующих или воображаемых, постепенно густеет. Усталый мозг уже не способен следить за блуждающей памятью и воображением. В критический момент интоксикации наступает этап *эротического возбуждения* явно церебрального происхождения.

Ниже приводим диагностические критерии интоксикации, вызываемой каннабино-HflaMHH3DSM-III-R:

- недавнее использование каннабиноидов;
- изменения поведения, носящие дезадаптивный характер (эйфория, тревога, подозрительность или параноидные идеи, ощущение замедления времени, нарушение критики, уход из общественной жизни);
- по меньшей мере два из следующих признаков, развивающихся в течение 2 часов после потребления каннабиноидов: 1) восстановление конъюнктивы; 2) повышение аппетита; 3) сухость во рту; 4) тахикардия;
- отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Привыкание к гашишу по сравнению с привыканием к опиуму наступает медленнее, но быстрее, нежели к алкоголю. Для начала привыкания характерно эпизодическое употребление (2-3 раза в неделю), причем ситуативно обусловленное. Оказавшись в компании курильщиков, человек с удовольствием выкуривает сигарету с гашишем. Как правило, в этом периоде курение сочетается с приемом спиртных напитков.

Постепенно толерантность может возрасти от 2-3 до 7-8 сигарет в течение суток. В этот период у большинства курильщиков возникает патологическое влечение к гашишу. Быстрота развития последнего находится в определенной зависимости от преморбидных особенностей личности. Среди наших пациентов были и такие, у которых патологическое влечение формировалось в течение первых 3-4 месяцев. Они, как правило, обнаруживали признаки задержки умственного развития или остаточные явления органического поражения центральной нервной системы с психопатоподобным синдромом.

Авторы, изучавшие клинику гашишизма (Дурандина, 1968; Пятницкая, 1975), различают три стадии развития гашишной наркомании. Первая характеризуется повышением толерантности, т. е. для достижения прежнего эйфорического эффекта необходимо нарастание дозы наркотика. В этом периоде курение становится систематическим, наркоман ищет наркотик, будучи уверенным, что опьянение — единственное возможное для него состояние психического удовлетворения. И. Н. Пятницкая (1975) считает, что на этой стадии наблюдается снижение вегетативного эффекта наркотика, что проявляется уменьшением гиперемии лица, тяжести в конечностях. По мнению А. И. Дурандиной, уже на данном этапе у наркомана обнаруживаются определенные личностные изменения, выраженные сужением круга интересов, психической астенией, снижением волевой активности, эмоциональной неустойчивостью. Длительность первой стадии разными авторами определяется по-разному — от 1 до 5 лет.

На второй стадии синдром психической зависимости достигает наивысшего развития и сопровождается начальными симптомами физической зависимости. Речь идет о проявлениях абстинентного синдрома. Не все исследователи признают его наличие в картине заболевания. Вероятно, это связано с тем, что при употреблении гашиша с низким содержанием ТГК клиника абстиненции ограничивается легкими астеническими расстройствами.

В литературе нет единства мнений и в отношении темпа формирования абстинентного синдрома. Исследования А. И. Дурандиной (1968) показали, что если при систематическом курении гашиша абстинентный синдром может развиваться спустя месяц, то при эпизодическом — спустя 6-12 месяцев. Согласно наблюдениям И. Н. Пятницкой (1975; 1994), первые признаки абстинентного синдрома появляются спустя 2-3 года от начала систематического курения, однако полное его формирование наступает по истечении еще 6-8 месяцев. Низкую скорость формирования абстинентного синдрома автор объясняет сочетанием приема наряду с наркотиком алкогольных напитков.

Абстинентный синдром при гашишемании, по данным М. Г. Гулямова, А. В. Погосова (1987), характеризуется плохим самочувствием, общей вялостью, слабостью, не-

приятными ощущениями в костях, в мышцах, нарушением сна, отсутствием аппетита, тремором, зевотой, тошнотой, рассеянностью. Важнейшие симптомы абстиненции — тоскливо-злобное настроение с эмоциональной лабильностью, аффективными вспышками и непреодолимое влечение к наркотику. Длительность абстиненции — от 3-14 дней до одного месяца.

И. Н. Пятницкая (1994) различает три фазы развития абстинентного синдрома. 1-я наступает спустя 4-5 часов после курения и характеризуется расширением зрачков, зевотой, дисфорией, нарушением сна и аппетита. 2-я отличается появлением компульсивного влечения, мелким тремором, мышечным подергиванием, повышением артериального давления, учащением пульса, гиперемией лица, слюно- и слезотечением. Эта фаза наступает к концу первых суток отнятия наркотика. 3-я начинается на вторые сутки воздержания, характеризуется множественными ощущениями тяжести и сдавления в области фуди, затрудненного дыхания, сжатия и сдавления головы, жжения, покалывания, непреодолимого влечения к наркотику, достигающего своей наивысшей интенсивности; дисфория сменяется астенической депрессией.

Динамика формирования абстинентного синдрома при употреблении гашиша выглядит следующим образом. На начальном этапе абстинентный синдром представлен преимущественно астеническим симптомокомплексом с явлениями аффективной лабильности, повышенной утомляемости (утрачивается способность к продолжительному физическому и умственному напряжению). Отмечаются сонливость и вялость в течение дня с нарушением засыпания в вечерние часы. В ряде случаев сон нарушается из-за одолевающих мыслей о наркотике (ассоциативные проявления патологического влечения). В тематике сновидений встречаются сцены приема гашиша. Вегетативные реакции отличаются разнообразием: головные боли сдавливающего, иногда пульсирующего характера, колющие боли в области сердца, сердцебиение, гипертензия, учащение и лабильность пульса, стойкий красный дермографизм, гипергидроз. Неврологически определяются тремор, оживление сухожильных рефлексов, подергивание отдельных мышечных пучков. Отмечается снижение аппетита. Основные симптомы на начальном этапе — раздражительность, стойкие головные боли, снижение работоспособности. В этот период больные осознают, что прием наркотиков должен улучшить их самочувствие, однако не сразу признаются в этом врачу, что свидетельствует о стремлении скрыть болезненную привязанность. Они оправдывают наркотизацию желанием взбодриться, снять усталость, успокоиться. Длительность начального этапа абстиненции с астеническими проявлениями — 3-5 дней.

Через 3-6 месяцев к вышеперечисленным проявлениям присоединяются расстройства настроения. Пониженное настроение здесь характеризуется как безразличие, апатия, скука. Больные связывают такое состояние с отсутствием наркотика. У многих из них депрессивные переживания усугубляются. Подавленность сопровождается гнетущей тоской с тягостным чувством сдавления в груди, в области сердца, неопределенными ощущениями в животе. Окружающее без наркотиков воспринимается серым и скучным. Имеют место идеи самообвинения. Больные укоряют себя за прием наркотиков, за ссоры с родственниками. Чаще же винят в своих несчастьях окружающих, выставляют себя страдальцами, ищут сочувствия. Мысли о бесперспективности своего будущего, неверие в возможность прекратить прием наркотиков, в успех лечения сопровождаются идеями собственной малоценности и суицидальными высказываниями. Суицидальные попытки чаще демонстративные, но могут быть и истинные. Появление тревоги в картине абстиненции указывает на возможность развития абстинентного гашишного психоза. Характерны однообразные высказывания, раздражение, злоба, агрессия. Могут быть

боли не только в голове и в сердце, но и в мышцах, суставах. Наблюдается упорная бессонница. Астенодепрессивная симптоматика более выражена с утра, ослабевает днем, усиливаясь к вечеру. Длительность этапа— 10-15 дней, обратное развитие проявлений — с 8-12-го дня.

На следующем этапе к астенодепрессивной симптоматике присоединяются сенестопатии и парестезии (ипохондрический этап). Они появляются через 9-12 месяцев после формирования первых признаков абстиненции. С его возникновением происходит полное оформление абстиненции. Здесь превалируют жалобы на неприятные, тягостные ощущения онемения и похолодания конечностей, чувство сдавления в груди, спазмы в животе. На коже в различных участках тела возникают покалывание, жжение, чувство ползания мурашек. Все это сопровождается зудом («чески») с преимущественной локализацией в конечностях и в волосистой части головы. В первые дни воздержания характерны озноб, жар, гипергидроз, выраженный тремор. Кожа у больного бледная, язык покрыт «грязным налетом», склеры иктеричны. Наблюдаются отеки под глазами, одутловатость лица. Болевые ощущения становятся стойкими и постоянными, локализуются в мышцах конечностей и поясничной области. Могут быть понос, тошнота, колики в животе. Длительность этапа — до 1 месяца. Многие больные высказывают убежденность в неизлечимости заболевания, настаивают на выписке, отказываются от лечения, имея установку на постоянный прием наркотика (проявления генерализованного влечения к наркотику).

В специальной литературе имеются указания (Ураков, Колесников, 1979) на то, что особенности формирования и последующего течения гашишной наркомании определяются не только фармакологическими особенностями наркотического вещества, но и совокупностью преморбидных социально-биологических факторов.

Различают три типа течения гашишной наркомании. В основе их лежат три критерия: 1) продолжительность периода эпизодического употребления гашиша; 2) интенсивность ежедневного приема наркотика в начальном периоде его систематического употребления; 3) продолжительность периода формирования патологического влечения.

Для *маюпрогредиентного типа течения* гашишной наркомании характерны: относительно продолжительный период эпизодического употребления гашиша (более 7 месяцев); ежедневный прием гашиша в начальный период не более 1-3 сигарет в день и продолжительность периода формирования патологического влечения, превышающая 6 месяцев. Несмотря на относительно благоприятный вариант течения заболевания, постепенно появляются личностные изменения с нерезко выраженным морально-этическим и интеллектуально-мнестическим снижением, что приводит к начальным проявлениям социальной дезадаптации больных.

Для лице девиацией преморбида, а также с имеющими место отрицательными микросоциальными факторами, характерен *умеренно-прогредиентный тип течения.* Здесь начало употребления гашиша происходит в более раннем возрасте; период эпизодического употребления наркотика длится 4-7 месяцев; в начальном периоде его систематического употребления ежедневно выкуривается 4-8 сигарет, содержащих гашиш; формирование патологического влечения продолжается 3-6 месяцев. При этом типе течения наркомании личностные изменения возникают в более сжатые сроки и проявляются в большей степени, что приводит к морально-этическому и интеллектуально-мнестическому снижению, быстро нарастающей дезадаптации больных.

Активно-прогредиентный тип течения гашишной наркомании более характерен для лице преморбидными аномалиями личности, негативными социальными установками и крайне неблагоприятным микросоциальным окружением. Часто первые упот-

ребления наркотика отмечаются уже в подростковом возрасте, продолжительность периода эпизодического употребления гашиша здесь сокращается до 1-3 месяцев, ежедневный прием в начальном периоде систематического употребления составляет 8 и более сигарет с наркотиком в день, а формирование патологического влечения ограничивается 2 месяцами. Для этого контингента больных характерны резкие изменения личности, быстро приводящие к нарушению социальной адаптации.

13.5. Последствия употребления

Касаясь последствий и осложнений гашишизма, надо сказать, что хроническая интоксикация гашишем приводит к изменению личности больного: гашишеманы становятся вялыми, замкнутыми, теряют социальные связи.

По данным Г. И. Каплана, Б. Дж. Сэдока (1994), хроническое потребление высоких доз гашиша обусловливает возникновение «амотивационного синдрома», характеризующегося тем, что субъект не хочет выполнять задания, ходить в школу, на работу или же заниматься какой-либо другой деятельностью, требующей внимания или упорства. Такие лица становятся апатичными, утрачивают энергию, обычно прибавляют в весе и описываются как ленивые, пассивные. Исследователи, особенно из Египта и стран Востока, сообщают, что наркоманы, длительное время употребляющие различные виды каннабиноидов, становятся пассивными, непродуктивными и утрачивают тщеславие.

Каннабис значительно ухудшает познавательные функции. Отмечается снижение интеллекта, нарушение памяти. Как справедливо замечает Ж. Буке (1951), эффект препаратов из каннабиса, которые называют «ядами интеллекта», заключается как раз в том, что они ослабляют способность контролировать мысли, приводить их в определенный порядок согласно законам логики.

Психопатизация считается неотъемлемой частью изменений при второй стадии гашишной наркомании. Описаны астенический, апатический и эксплозивный ее типы (Дурандина, 1968).

Результаты экспериментально-психологического исследования с использованием СМИЛ позволили выделить общие, характерные черты для больных гашишной наркоманией подростково-юношеского возраста, объясняющие их выраженную социальную дезадаптацию (Коломеец, 1984). У больных определялся бунтарский стиль поведения, сопровождавшийся выраженной конфликтностью, неподчинением и скандальностью. Им были свойственны поверхностность суждений, стремление быть в центре внимания «любой ценой», импульсивность, эмоциональная незрелость. Потакая своим прихотям, они проявляли сверхактивность, изворотливость. При исполнении своих прямых обязанностей больные испытывали трудности, старались переложить ответственность на других. В ряде случаев отмечались неконформная установка, пренебрежение общественными нормами, избыточная критика по отношению к окружающим, полная некритичность к себе. Стремление к завоеванию авторитета в своей группе сопровождалось жестокостью и агрессивностью. Они не учитывали трудности и опасности, склонность к риску у них напоминала авантюризм. Отчетливо выявлялись криминальные тенденции. Для большинства больных были характерны психопатоподобное поведение, стремление не обременять себя серьезными проблемами, иждивенческие установки, низкое чувство ответственности, завышенная самооценка, снисходительное отношение к своим слабостям, лживость, неразборчивость в выборе окружения.

13.6. Гашишемания у подростков

Среди работ, посвященных изучению особенностей формирования и течения гашишной наркомании у подростков, заслуживает внимание исследование В. И. Михайлова (1982). Он установил, что первые эпизодические употребления наркотика у подростков относятся к возрасту 14-16 лет, чему способствуют бедность и однообразие интересов, отсутствие положительных социальных установок, постоянных увлечений и занятий. Чем раньше начато употребление гашиша, тем злокачественнее будет течение наркомании, тем тяжелее будут медико-социальные последствия. Существуют две основные группы факторов, способствующие формированию у подростков гашишной зависимости. 1-ю составляют акцентуации характера, психопатическое развитие, изменения личности по органическому типу. Наряду с этим большая роль отводится раннему (до 14 лет) началу курения табака, употреблению спиртных напитков, алкоголизации родителей, конфликтной ситуации в семье, раннему приобщению к лекарственным препаратам с целью наркотизации и окружению подростками, приобщенными к употреблению гашиша. 2-ю группу составляют тяжелые черепно-мозговые травмы, протекающие с осложнениями, инфекции и соматические заболевания, невротические реакции в анамнезе. 1-я группа факторов преимущественно влияет на переход к регулярному употреблению наркотика, ускоряя формирование патологического влечения к нему, тогда как 2-я группа отражается на видоизменении клиники гашишизма, способствуя большей выраженности постинтоксикационных нарушений и абстинентного синдрома. Особенности клиники гашишной наркомании у подростков наблюдаются уже на этапе эпизодического употребления гашиша. Здесь мотивом к началу курения анаши, как правило, становится стремление к подражанию уже пристрастившимся подросткам. Поэтому начало курения анаши носит групповой характер, когда курильщики пускают сигарету по кругу, делая по нескольку затяжек. Длительность эпизодического употребления гашиша у подростков не превышает 3-6 месяцев. Наркотическое опьянение в этом возрасте характеризуется слабой выраженностью эйфории, легким и быстрым наступлением глубоких форм опьянения, сопровождающихся сильной сухостью во рту и глотке, головокружением, нередко тошнотой и рвотой. В отличие от радости и восторга, отмечаемых у взрослых больных, у подростков в состоянии наркотического опьянения на первый план выступают вегетативная симптоматика, психомоторная заторможенность, дереализационные и сенестопатические проявления, что, по мнению В. И. Михайлова, обусловлено возрастными особенностями. Следует отметить: чем раньше подросток впервые пробует анашу, тем чаще отмечаются измененные формы гашишного опьянения. Для постинтоксикационных нарушений в этот период характерны кратковременные (2-4 часа) состояния эмоциональной лабильности, раздражительности, истощаемости. Полное исчезновение этих симптомов обычно отмечается в течение суток. В связи с тем, что для этого этапа нехарактерны явные признаки нарушения социальной адаптации, малая их выраженность не приводит к настороженности со стороны родителей и педагогических коллективов. Так что подростки на ранних этапах гашишной наркомании часто выпадают из поля зрения наркологов.

Переход подростков к систематическому употреблению гашиша зависит от его эйфоризирующего действия. Замечена следующая закономерность: если эйфория доминирует в картине наркотического опьянения, то у подростка очень быстро формируется патологическое влечение к гашишу и отмечается переход к его систематическому употреблению. С другой стороны, формированию наркомании могут способствовать различного рода девиации характера. Для формирования I стадии гашишной наркомании у

подростков характерен быстрый переход к систематическому употреблению наркотика — до 3-5 раз в неделю. Наряду с этим отмечается трех-, четырехкратное нарастание толерантности, что приводит к возрастанию дозы от одной-двух затяжек до *3-4* сигарет с анашой за сутки. Наблюдаемые в опьянении при эпизодическом употреблении гашиша вегетативные нарушения при формировании I стадии наркомании сменяются приятными психическими переживаниями в виде теплоты, разливающейся по всему телу, легкости, радости, довольства. Окружающее воспринимается в ярких красках, ускоряется течение мыслей. Опьянение удлиняется до 1-2 часов, по истечении которых эмоциональная лабильность, раздражительность, астеническая симптоматика, пониженный фон настроения, наблюдаемые в постинтоксикациониый период, держатся до 3-4 суток. Часто уже при I стадии при передозировке разовой дозы гашиша, а также при наличии у подростка отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, могут возникать острые гашишные психозы.

13.7. Неврологические изменения

Литературы, посвященной изменениям нервной системы у лиц, употребляющих гашиш, немного. Результаты исследования, проведенного Г. Я. Лукачером с соавт. (1989), свидетельствуют о том, что при гашишной наркомании неврологические изменения формируются ко второму году употребления наркотического средства. Для I стадии заболевания характерна вегетативно-сосудистая дистония. Реже отмечается гипоталамический синдром. На II стадии наблюдается синдром рассеянного энцефаломиелита, менее выраженный, чем при других наркоманиях. Он формируется при длительном употреблении гашиша. Неврологическое исследование больных в состоянии гашишной абстиненции выявляет легко выраженный синдром внутричерепной гипертензии, расширение зрачков с вялой реакцией на свет, недостаточность конвергенции, недоведение глазных яблок до крайних положений, горизонтальный нистагм. Мышечный тонус имеет наклонность к повышению по пирамидному типу. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, с клонусами стоп. Выявляются патологические кистевые и стопные пирамидные симптомы. Брюшные рефлексы отсутствуют. Часто при выполнении координаторных проб наблюдаются атаксия и интенционный тремор. Эти данные свидетельствуют, что для гашишного абстинентного синдрома характерны легко выраженные ликвородинамические нарушения, поражение глазодвигательной иннервации, пирамидной системы и мозжечка. Динамика неврологической симптоматики выглядит следующим образом: на 7-8-й день исчезают симптомы внутричерепной гипертензии, на 15-20 день значительно уменьшаются проявления мозжечковых расстройств. Сохраняются патологические стопные пирамидные симптомы, снижение брюшных рефлексов, интенционный тремор. Таким образом, при гашишной наркомании неврологические изменения отмечаются у всех больных, хотя они менее выражены, чем при других наркоманиях. Несмотря на обратное развитие под влиянием лечения, они носят стойкий характер.

13.8. Гашишные психозы

Гашишные психозы довольно часто встречаются в клинике заболевания. Своевременная диагностика позволяет проводить профилактику противоправных действий, совершаемых больными при их развитии. В зависимости от условий возникновения психотических состояний можно выделить несколько форм:

12 Зак. 3806

1) гашишные психозы вследствие передозировки гашиша;

2) абстинентные гашишные психозы при наличии гашишной наркомании;

3) сложные гашишно-интоксикационные психозы в результате сочетанной наркотизации гашиша со снотворными, либо корректорами нейролептиков (атропиноподобного ряда), либо транквилизаторами, либо препаратами опия-сырца, либо алкоголя;

4) спровоцированные гашишизмом дебюты эндогенных психозов (главным образом шизофрении).

Стержневым синдромом при этих психозах, как и при дебюте шизофрении на фоне гашишизма, является нарушение сознания. Тем не менее синдромологические отличия очевидны.

Гашишные психозы при передозировке препарата обычно кратковременны (от нескольких часов до 2-3 суток) и характеризуются делириозным, онейроидным или сумеречным помрачнением сознания. При этом наблюдаются разнообразные галлюцинаторные переживания, сочетающиеся с психосенсорными расстройствами. Аффект связан с наркотическим действием гашиша и колеблется между эйфорией и страхом.

Абстинентный гашишный делирий сходен с металкогольным, но имеет ряд принципиальных отличий. Прежде всего, речь идет об ином соматическом фоне. Не бывает гиперемии лица, полиурии, крупноразмашистого и общего тремора, явлений атаксии. Наблюдаются симпатикотонические явления: бледность кожи, сухость слизистых (глаза с сухим блеском), хриплый голос (сухость в дыхательных путях, во рту). Отличается и круг эмоциональных нарушений. Нет смешливости, юмора, характерного для алкогольного делирия, эйфорического аффекта. Фон настроения снижен. Имеют место переживания, тематика которых связана с курением гашиша, сенестопатии, психосенсорные симптомы. Психоз разрешается литически без критического сна. При выходе из этого состояния признаков абстинентного синдрома не обнаруживается, имеются лишь астенические явления, влечение к наркотику. Воспоминания о перенесенном психозе неполны, фрагментарны, иногда отмечается потеря памяти на ближайшие события и на время выхода из психоза.

Клиника сложных гашишно-интоксикационных психозов зависит от разновидности сочетаемого сырья для приема препарата. При употреблении кроме гашиша циклодола она ближе к классическому делирию с наплывом микроптических зоологических галлюцинаций. Вместе с тем в их структуре наблюдаются эпизоды параноидных и онейроидных расстройств. Употребление паркопана дает более полиморфную картину. Эпизоды с параноидными и онейроидными симптомами здесь имеют больший удельный вес. Нарушение сознания носит альтернирующий характер. Больные видят мнимый образ, оценивают его как реально существующий, но при отвлечении внимания понимают, что это галлюцинации. Сочетание гашиша с транквилизаторами вызывает психозы с выраженными аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, психомоторного возбуждения.

В этой группе психозов наблюдаются пролонгированные психотические состояния с шизоформной симптоматикой. Существует мнение, что ТГК биологически сходен с эндогенным шизофреническим токсином. Указанное обстоятельство, вероятно, обусловливает сходство клинических проявлений этой разновидности психоза с шизофренией. Структура психозов здесь разнообразна. Могут наблюдаться депрессивно-ипохондрические и маниакальные состояния, галлюцинаторно-параноидные картины с кататоническими проявлениями, деперсонализационные состояния, аментивные и аментивно-сумеречные расстройства сознания, психоорганический синдром. Общий радикал этих психозов — аффективная насыщенность, эмоциональная лабильность и нарушения со-

знания. Шизоформные гашишные психозы, в отличие от шизофрении, развиваются на фоне выраженной гашишемании. Они в большинстве случаев заканчиваются выздоровлением.

На фоне гашишной интоксикации может развиться шизофренический процесс. В этих случаях имеет место тенденция к компенсации начавшихся процессуальных изменений личности за счет стремления «взбодрить» себя, снять душевный дискомфорт и сохранить формальную связь с окружающими. Употребляют гашиш с целью улучшения психического самочувствия. В то же время курение конопли усиливает негативную симптоматику, способствует асоциальному поведению и дезадаптации личности. Психопатологическая симптоматика психозов представлена сложным сочетанием симптомов как эндогенных, так и экзогенных типов реакции. В последующем психоз ограничивается эндогенными расстройствами. Быстро нарастает негативная симптоматика, характерная для шизофренического процесса (расстройства мышления, эмоционально-волевые нарушения), что приводит к социальной деградации.

13.9. Лечение

Приступая к лечению гашишной наркомании, целесообразно обосновать его необходимость, т. к. распространено мнение, что применение гашиша помогает справиться со стрессовой ситуацией, повышает чувство собственного достоинства и формирует индивидуальность (Лоскен и др., 1998). Необходимо учитывать, что обычно препятствуют лечению друзья, употребляющие гашиш. Врач должен поддерживать пациента в его желании избавиться от наркотической зависимости и давать рекомендации на протяжении всего периода лечения.

Тяжелый гашишный абстинентный синдром служит показанием для проведения дезинтоксикационной терапии. При выраженной астении можно использовать адаптогены (элеутерококк) и ноотропы (пирацетам, ноотропил). При депрессиях показан амитриптилин или пиразидол, при дисфории — финлепсин.

Терапевтическую тактику при гашишном абстинентном синдроме Ю. К. Чибисов, Л. Е. Ломоватский (1989) определяют исходя из того, что прекращение приема наркотика не вызывает выраженных соматовегетативных расстройств. Здесь ведущее место в клинической картине принадлежит психопатологической симптоматике в виде глубокой апатии, адинамии, вялости, тоскливого настроения. Наряду с ноотропами, общеукрепляющими и симптоматическими средствами, авторы рекомендуют нейролептики со стимулирующим эффектом и антидепрессанты, обладающие тимоаналептическим и стимулирующим действием. Речь идет об этаперазине, мелипрамине, азафене, сиднокарбе. В схему лечения включаются соли лития и модитен-депо. Такой подход способствует улучшению настроения, снятию апатии и адинамии. Эффект наступает к концу первой — началу второй недели лечения.

М. Г. Чухрова и соавт. (2004) в соответствии с выделенными вариантами течения гашишной наркомании (стимулирующий, классический, эйфоризирующий и псевдоэпизодический) предлагают следующие терапевтические подходы. При лечении больных стимулирующим вариантом гашишной наркомании целесообразно назначать транквилизаторы (тазепам, седуксен, феназепам) в сочетании с нейролептиками мягкого действия (сонапакс). Метаболическая терапия включает назначение глицина. Максимально осторожно следует назначать ноотропы. При классическом и эйфоризирующем вариантах, при отсутствии расстройств поведения, в течение 7-10 суток лечебные мероприятия ограничиваются дезинтоксикацией и витаминотерапией. При легком абстинент-

ном синдроме сочетают адреноблокаторы (анаприлин, клофелин) с транквилизаторами и нейролептиками мягкого действия, при тяжелом — большие нейролептики (аминазин, тизерцин, пропазин) с транквилизаторами (феназепам, седуксен). Больным с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (псевдоэпизодический вариант) показаны атипичный нейролептик лепонекс, нейролептики антипсихотического действия мажептил, галопериодол, трифтазин. При депрессивных расстройствах применяют трициклические антидепресанты (амитриптилин, анафранил, мелипрамин). Хороший эффект дает парентеральное введение дофамина с аскорбиновой кислотой. При лечении пациентов с указанным вариантом гашишной наркомании назначают дезинтоксикационную терапию (солевые растворы, глюкоза, гемодез, витамины с антиоксидантным действием — С, Е).

После купирования абстинентного синдрома продолжается общеукрепляющее лечение. Для воздействия на патологическое влечение к гашишу используют сонапакс, неулептил, тизерцин (Коломеец, 1987).

Для лечения больных гашишной наркоманией нами (Погосов, 2005) предложено сочетание эмоционально-стрессовой и условно-рефлекторной терапии. Перед процедурой больному внушают, что в организме у него якобы будет создано депо «препарата», который при взаимодействии с дымом гашиша вызывает ослабление дыхательной и сердечной деятельности со смертельным исходом. После предварительной премедикации подкожным введением 1,0 мл 1%-го раствора атропина сульфата внутривенно вводят 3,0 мл 15%-го раствора ксантинола никотината и 10,0 мл 10%-го раствора хлористого кальция. Возникающую вегетативную реакцию объясняют накоплением «препарата» в организме. Спустя 5-10 минут больному предлагают сделать 2-3 затяжки папиросы, начиненной гашишем. Одновременно незаметно в резинку предварительно установленной капельницы вводят 3,0 мл 2%-го раствора миорелаксина. При появлении нарушений дыхания, выраженного страха смерти больного переводят на искусственную вентиляцию легких продолжительностью 5-10 минут. В этот период медперсонал искусственно создает ажиотаж вокруг больного относительно якобы имеющих место остановки сердца, похолодания конечностей, отсутствия зрачковых рефлексов. После восстановления спонтанного дыхания объясняют перенесенное состояние несовместимостью «препарата» с курением гашиша. Перед выпиской больному внутримышечно вводят 2,0 мл модитена-депо. Ему внушают, что создано депо противонаркотического «препарата» сроком действия от 6 до 24 месяцев.

Психотерапия, мнению А. Е. Личко и В. С. Битенского (1991), эффективна в случаях, когда мотивом наркотизации служит стремление к релаксации вследствие личностных проблем.

ГЛАВА 14

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ

В последние десятилетия внимание исследователей привлекает злоупотребление ингалянтами — летучими веществами, вдыхаемыми с целью опьянения. Для их обозначения в специальных литературных источниках применяют различные термины: «летучие растворители» (МКБ-10), «летучие ароматические вещества», «летучие наркотически действующие вещества», «средства бытовой и промышленной химии», «летучие углеводороды», «летучие органические соединения».

14.1. Эпидемиология

Первые факты употребления летучих растворителей (ЛР) отмечены в конце XIX в., когда в среде медицинских работников появилась эфиромания (Крафт-Эбинг, 1888). Позже были опубликованы данные об использовании для получения эйфории закиси азота. В 1950-1970 гг. увеличилось число сообщений о злоупотреблении подростков в США, а затем в Англии, Франции, ФРГ, Италии, Австрии и других странах различными летучими веществами. В отечественной литературе работы, посвященные ингаляционным токсикоманиям, появились с середины 1970-х гг. В настоящее время это явление достигло широкого размаха и распространилось повсеместно. В докладе, опубликованном в 1996 г. в США, указывается, что ЛР употребляют 20% людей, страдающих зависимостью от психоактивных средств. По числу обращений за медицинской помощью по поводу злоупотребления психоактивными средствами лица с зависимостью от ЛР находятся на четвертом месте. Как отмечает С. Г. Коновалова (1982), ингалянты хотя бы один раз пробовали 9% учащихся 15-16 лет. Наряду с продуктами конопли они становятся первыми психоактивными средствами, которые начинают употреблять подростки. Популярность летучих растворителей обусловлена их низкой стоимостью, многообразием форм выпуска, отсутствием строгого учета, легкостью применения, наступлением быстрого эффекта опьянения, короткой продолжительностью действия, скорым исчезновением признаков употребления.

14.2. Разновидности ингалянтов, способы применения

Круг ингалянтов, используемых в настоящее время с целью опьянения, достаточно широк. Это различные марки бензинов, растворители лаков и красок как сами по себе (ксилол, толуол, бензол, ацетон), так и их смесевые составы (типа 646-го и 647-го растворителей), пятновыводители (перхлорэтилен, «Сопал», «DOM AL», «ВИЦИ»), синтетические клеи («Момент», «Суперцемент», «Резиновый»), освежители воздуха, дезодоранты, жидкости для снятия лака с ногтей, антистатики, корректировочные жидкости для пишущих машинок, горючие и выхлопные газы и др. Самый простой способ применения летучих растворителей (ЛР) — вдыхание паров ингалянта от смоченной им ваты из

бумажного или целлофанового кулька. Для лиц с большим сроком злоупотребления характерен прием ингалянта путем его впитывания через выбритую кожу волосистой части головы. Наиболее опасным способом (чреват летальным исходом от удушья) считается вдыхание паров ЛР с надетым на голову пластиковым пакетом — «метод мешка».

Изучение социально-демографических характеристик лиц, злоупотребляющих ингалянтами, свидетельствует о том, что в основном это лица мужского пола детского и подросткового возраста, воспитывающиеся в среде с низким социальным статусом и материальным достатком. Основную группу составляют подростки 12-15 лет, в более старшем возрасте уровень потребления ингалянтов снижается и в зрелом возрасте сходит на нет.

К факторам риска зависимости от ЛР относятся микросоциальное окружение (неполная семья, конфликтные отношения в ней, неправильные формы воспитания, асоциальное поведение родителей), преморбидные особенности личности (акцентуации характера, недоразвитие личности, органическая церебральная недостаточность), биологическая предрасположенность. Среди злоупотребляющих ингалянтами акцентуации характера выявляются достоверно чаще, чем в общей популяции их сверстников: в возрасте 14 лет и старше акцентуации характера среди ингалирующих обнаружены у 93% обследованных. Преобладают эпилептоидный и неустойчивый типы, реже встречаются конформная, истероидная, шизоидная, гипертимная, циклоидная акцентуации. К биологическим факторам риска развития зависимости от ЛР относят низкую исходную величину толерантности к алкоголю, ряд авторов считают причиной формирования заболевания железодефицитную анемию.

Среди мотивов приобщения к Л Р преобладают любопытство, желание испытать неизведанные ощущения, конформность со своей группой сверстников, необходимость самоутверждения в референтной группе, облегчение контактов, подражание авторитетным подросткам, создание ореола исключительности.

14.3. Клиника острой интоксикации

Диапазон психопатологических проявлений опьянения летучими растворителями достаточно широк. Чаще возникают зрительные иллюзии и галлюцинации, метаморфопсии, острые деперсонализационные состояния, реже — слуховые обманы восприятия, патологические телесные сенсации. Все это может наблюдаться как при ясном, так и помраченном сознании. В зависимости от темпа и глубины дыхания, «настроя» и качества растворителя, в одних случаях преобладают более простые зрительные галлюцинации и иллюзии: возникают уплощенные, калейдоскопически сменяющиеся цветные или черно-белые картинки, напоминающие «мультики», действие происходит «как бы на экране», перед мысленным взором, на стене появляются «картинки», какие-то лица «перемигиваются» и «шевелят губами». В других случаях «кадры» обладают большей объемностью, а фабула событий связана с реальной жизнью больного. Возможны фантастические, сексуальные или устрашающие картины. Собственная личность воспринимается «присутствием в галлюцинациях» и переживаниях, с ними связанных.

Описан феномен сенсореализации (визуализации) представлений, когда содержание зрительных обманов восприятия зависит от желания больного, в их возникновении важная роль принадлежит механизмам самовнушения, фантазирования и индуцирования от окружающих.

Интересен факт наличия у опьяневших убеждения в том, что наблюдаемые ими сюжеты выстраиваются какой-то внешней силой; судя по всему, речь идет об ассоциативном автоматизме синдрома Кандинского—Клерамбо.

Исчерпывающие сведения о структуре и динамике опьянения при ингаляционных токсикоманиях представлены М. А. Михайловым (1996). Описывая их клинику, он исходил из того, что зависимость от ЛР — это лишь частный случай патологии, связанной с зависимостью от психоактивных средств, и, следовательно, она строго подчинена всем законам течения и развития этого класса заболеваний, имеющих общие звенья патогенеза.

По аналогии с интоксикацией наркотическими препаратами выделено семь последовательно наступающих этапов.

1-й этап характеризуется глубокой дезорганизацией идеаторной сферы и массивными деперсонализационными расстройствами, на фоне которых формируется заторможенная мания. На *2-м этапе* она трансформируется в экстатическую манию. Расстройства мышления здесь достигают максимума, сознание варьирует. Данный этап квалифицируется как онейроид. *3-й этап* проявляется спадом психопатологической симптоматики и рассматривается как астенический синдром. На *4-м этапе* гипертимия возникает вновь, что свидетельствует о повторном становлении заторможенной гипомании. Она наблюдается на астеническом фоне. Для *5-го этапа* свойственно устойчивое гипоманиакальное состояние, периодически доходящее до уровня типичной мании. Характерны феномены отчуждения, проявляющиеся в виде идеаторных и моторных психических автоматизмов. На *6-м этапе* симптоматика значительно ослабевает, нарастает астения с субдепрессивной окраской. Развернутый депрессивный синдром формируется на *7-м этапе.* Возникающие здесь дисфорические реакции, связанные с патологическим влечением к ингалянту, приводят к возобновлению «токсикоманического цикла».

Приведенное описание позволило М. А. Михайлову сделать вывод, что ингаляционные токсимании гораздо ближе к острым шизоаффективным психозам, чем к экзогенным. Он рассматривает их в качестве эндоформного заболевания психотического регистра.

Кроме того, выделяются атипичные разновидности острой интоксикации ингалянтами: галлюцинаторно-параноидное и энцефалопатическое опьянение. Первое относится к транзиторным психозам шизофренического круга, второе возникает при резидуально-органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в височных долях.

14.3.1. Абстинентный синдром

Несмотря на то что еще в 1987 г. в DSM-III-R летучие растворители были включены в перечень веществ, вызывающих зависимость, вопрос о возможности развития при злоупотреблении ЛР абстинентного синдрома (АС) остается открытым. До сих пор не выяснено, наблюдается ли абстиненция при этой разновидности зависимости. Подобная неоднозначная оценка АС во многом объясняется возрастным фактором. Для начала злоупотребления ЛР характерен пубертатный возраст с неустойчивыми вегетативными реакциями. Здесь проявления вегетососудистой дистонии являются физиологической нормой. Формирующаяся на этом фоне симптоматика АС не соответствует той, что наблюдается у взрослых. Из-за отсутствия типичных «ломок» большинство подростков-токсикоманов не расценивают свое состояние как болезненное. Они считают, что в любой момент могут отказаться от приема психоактивных средств.

Рядом авторов абстинентный синдром описан в виде вялости, разбитости, неприятных ощущений в теле, головной боли, головокружения, тошноты, плохого сна, пониженного настроения и раздражительности. Он возникает через 6-12 месяцев после начала

ингаляции летучими растворителями. Н. Д. Узлов (1987) оценил динамику формирования АС при употреблении бензина. Спустя сутки после последнего приема на первый план у больных выступают психические расстройства (подавленность, раздражительность), нарушения сна. Кроме того, отмечается отсутствие аппетита, развивается отвращение к курению, беспокоит тупая, диффузная головная боль. На 2-3-и сутки появляются жалобы на тошноту, боли в эпигастрии и правой подвздошной области, иногда — рвоту. Наблюдаются жидкий стул с частотой 3-6 раз в сутки, болезненность при пальпации в правом подреберье, эпигастрии, илеоцекальной области. Имеют место неврологические нарушения, гипергидроз, тахикардия. Бессонница первого дня сменяется кошмарными сновидениями. В ночное время возникают мышечные боли и судорожные подергивания в мышцах нижних конечностей. Усиливается раздражительность, беспокойство достигает степени тревоги. Соматические расстройства купируются к концу первой, психические — к началу третьей недели воздержания.

Описан случай развития острого психоза в состоянии абстиненции, вызванной толуолом, который напоминал белую горячку.

14.3.2. Патологическое влечение к летучим растворителям

Патологическое влечение к летучим растворителям — это сложное психопатологическое образование (синдром), состоящее из комплекса идеаторных, аффективных, поведенческих, соматовегетативных и сенсорных компонентов, имеющих разную степень выраженности и варианты сочетаний (Погосов, Козырева, 2002). Слагаемые синдрома патологического влечения (СПВ) у больных с зависимостью от ЛР соответствуют приведенным в специальной литературе при зависимости от других психоактивных средств. В то же время в их проявлениях обнаруживаются некоторые особенности. Они обусловлены, во-первых, разновидностью психоактивного средства (летучие растворители), во-вторых — психическим и физиологическим своеобразием детского и подросткового возраста.

Идеаторный компонент СПВ проявляется эпизодическими или постоянными мыслями об ингалянте, положительной оценкой предшествующих интоксикаций, установкой на последующее употребление ЛР, скептическим или враждебным отношением к беседам об их вреде, подавлением периодически возникавших мыслей о пагубности их употребления. В состоянии ремиссии больные высказывают сомнения в возможности удержаться от приема ЛР. Об этом можно судить и косвенно, по их поведению. Дети и подростки избегают прежних компаний, стараются больше времени проводить дома, постоянно занимают себя чем-либо, «лишь бы не гулять» (влечение с борьбой мотивов).

Аффективный компонент СПВ характеризуется разнообразием проявлений, склонностью к видоизменению в динамике заболевания. В предвкушении ингаляции у больных появляются радостное настроение, многоречивость, «дурацкий смех», неусидчивость. Они целуют тюбики с клеем, нюхают их, «как духи», нетерпеливо потирают руки, от радости в такие минуты готовы отдать последнее, поделиться с друзьями самым дорогим (проявления гипертимии). В отсутствие ЛР в одних случаях больные становятся пасмурными, неразговорчивыми, фиксируются на собственных неудачах, жалуются на скуку и однообразие жизни, тяжесть на душе; по выражению одного пациента, «хотение залезло на меня и сидит» (тоскливый аффект). В других случаях появляется безразличие к окружающему, больные не желают ничем заниматься, перестают следить за собой, становятся вялыми, пассивными: «Сижу, ничего не хочу, голова на столе целыми днями» (апатический аффект). Отношения с противоположным полом теряют привлека-

тельность, пропадает желание нравиться девочкам, дружить с ними, больные не проявляют обычной для своего возраста озабоченности вопросами секса, любопытства к порнопродукции. В третьих случаях возникают мрачные предчувствия, напряженное ожидание надвигающейся беды, беспокойство (тревожный аффект). Аффективный компонент может выражаться чрезмерной обидчивостью, капризами, слезливостью, сменой настроения по незначительному поводу (эмоциональная лабильность). В ряде случаев в беседе об ЛР, при воспоминании о состояниях опьянения появляется раздражительная слабость. С увеличением стажа злоупотребления в отсутствие ЛР периодически, внезапно, на фоне плохого настроения, без видимой на то причины возникают угрюмость, злобность, агрессивность: «иногда находит злость», «могу вдруг взбеситься» (проявления дисфории). Достаточно часто у больных можно наблюдать одновременное присутствие в клинике СПВ различных признаков аффективного компонента (смешанный аффект), сочетание которых изменяется в зависимости от динамических характеристик заболевания.

Описанные идеаторные и аффективные слагаемые СПВ влияют на поведенческий компонент. Поведенческие девиации (антидисциплинарные и антиобщественные поступки) достаточно часто предшествуют формированию зависимости у детей и подростков. Они, с одной стороны, способствуют появлению заболевания, с другой — накладывают отпечаток на его клинику. Приобщение к ЛР в таких случаях становится одним из проявлений девиантного поведения. Злоупотребление ЛР усугубляет эти реакции, и очень скоро они трансформируются в делинквентные (противозаконные и преступные) поступки — кражи, грабежи, разбойные нападения. Те же больные, у которых в преморбиде не было отмечено девиантного поведения, приобщаются к употреблению ЛР в силу таких возрастных особенностей, как реакции группирования, оппозиции, эмансипации и имитации. На начальных этапах заболевания поведенческий компонент СПВ здесь представлен теми же реакциями: дети и подростки стараются больше времени проводить в компании друзей, употребляющих ЛР, созывают их на очередные встречи («подтягивают»). Несмотря на то что порой ингаляции ЛР сопровождаются разнообразными неприятными ощущениями, больные продолжают их употреблять, не желая отстать от сверстников, прослыть «слабаками». По мере прогрессирования заболевания при усилении интенсивности влечения и отсутствии возможности его реализовать (днем в школе, вечером дома с родителями и т. д.) поведенческий компонент СПВ проявляется в антидисциплинарных, а затем и в антиобщественных девиантных поступках. Для достижения желаемой цели дети и подростки пропускают уроки, сознательно провоцируют конфликты, чтобы убежать из дома, избавиться от родительского надзора и домашних обязанностей. Если родители создают препятствия к употреблению Л Р (не отпускают на улицу, не дают денег, «донимают» воспитательными беседами), они устраивают скандалы с угрозами, нецензурной бранью. Нередко это завершается демонстративно-шантажными суицидальными попытками, драками. Находясь в условиях временной изоляции, больные вскрывают себе вены, глотают различные предметы (иголки, пряжки, лезвия), пьют хлорку с целью попасть в больницу, где режим позволяет пронести желаемое средство. Деньги на приобретение растворителей выпрашивают у родителей, родственников якобы на развлечения, лакомства, иногда зарабатывают собственным трудом: моют машины на заправочных станциях, попрошайничают, поют в электричках, сдают бутылки, помогают продавцам на рынке — разгружают, подносят ящики с фруктами, овощами и т. п. С ростом стажа злоупотребления и усилением интенсивности влечения все чаще возникают делинквентные формы поведения. Необходимость найти деньги на ингалянты становится причиной криминального поведения — краж и разбойных нападений. Дети и

подростки воруют клей в магазинах и на рынке, по ночам крадут магнитолы из автомобилей, цветной металл на дачах, грабят ларьки, магазины, бары. Нападают на пожилых женщин, пьяных мужчин, отбирают у них кошельки, сумки, золотые украшения. Добытые таким путем деньги тратятся на еду, игровые автоматы, сигареты и на ЛР.

Поведенческим выражением СПВ являются и сновидения с тематикой об ЛР, носящие, как правило, наркопетальный характер и оставляющие сильное впечатление. Такие сны возникают при обострении желания принять ЛР и невозможности его реализации (временная изоляция, сознательное воздержание, отсутствие ЛР). Особенность таких сновидений —■ осуществление во сне желанной цели — ингаляции, что сопровождается пережитыми ранее в интоксикации субъективно приятными ощущениями, сохраняющимися после пробуждения («как будто и правда понюхал»). Чаще всего снятся тюбики с клеем, сам процесс ингалирования в компании друзей. Больным во сне приходится преодолевать препятствия, чтобы достичь желаемой цели: они воруют клей на рынке, угоняют машины, скрываются от милиции, проносят ЛР в места заключения. Порой больным снятся состояния опьянения с видениями, испытанными ранее наяву.

Соматовегетативный компонент СПВ представлен разнообразными вегетативными реакциями, сопровождающими обострение влечения. Они носят пароксизмальный характер, возникают внезапно, вне интоксикации или постинтоксикационного периода, и тесно связаны с другими составляющими СПВ. При разговорах, воспоминаниях о пережитых состояниях опьянения появляются потливость, гиперсаливация или сухость во рту, жажда, тошнота. Больные испытывают головную боль, у них наблюдаются мелкоразмашистый тремор языка, пальцев вытянутых рук, пошатывание в позе Ромберга, нарушения при выполнении координаторных проб. Весьма специфичными для больных с зависимостью от Л Р следует признать жалобы на затруднение дыхания, особенно вдоха, першение в горле, появление кашля.

Сравнительно редко СПВ проявляется сенсорным компонентом, встречающимся при большом стаже злоупотребления и выраженной зависимости от ЛР. Вне связи с присутствием растворителя внезапно, на непродолжительный срок возникают обонятельные галлюцинации — запах клея. Один из пациентов во время обострения влечения вне опьянения ощущал на языке ползущую гусеницу, которую «видел» раньше во время вдыхания клея, и даже смог изобразить ее на бумаге, прокомментировав это так: «Галлюн ползет по языку» (ротоглоточные галлюцинации инородного тела). Сенсорный компонент СПВ проявляется и рецепторными расстройствами в виде метаморфопсий и дереализации, наблюдавшихся ранее в состоянии опьянения. К выражениям сенсорного компонента СПВ относятся «ком в горле», «покалывание в висках», а также практически не встречающиеся у больных с зависимостью от других психоактивных средств давление и стеснение в грудной клетке, «чувство забитости легких чем-то твердым», возникающие при глубоком вдохе.

Таким образом, отличительные черты синдрома патологического влечения при зависимости от летучих растворителей следующие: во-первых, многообразие выражения аффективного компонента со склонностью к видоизменению в динамике патологического процесса; во-вторых, сновидения с тематикой о летучих растворителях со сценами приема ингалянтов, сопровождающиеся переживаемыми во сне приятными эмоциями, расслабленностью (поведенческий компонент); в-третьих, специфические проявления сомато-вегетативного компонента в виде симптомов со стороны дыхательной системы как следствие токсического воздействия на нее ингалянтов; в-четвертых, интрапсихические и рецепторные расстройства (сенсорный компонент).

Исходя из вышесказанного, можно выделить ряд клинических проявлений, каждый из которых указывает на высокую интенсивность патологического влечения к ингалян-

там. К ним относятся: отсутствие попыток борьбы с постоянными мыслями об ингалянте, с воспоминаниями о приятных ощущениях в опьянении (идеаторный компонент); внезапные приступы тоски, сочетающиеся со злобой, — дисфории (аффективный компонент); открытое, без мер сокрытия от окружающих, употребление ингалянта; суицидальное поведение демонстративно-шантажного характера в ответ на препятствия к ингалированию; делинквентные, в том числе криминальные, поступки, совершаемые с целью приобретения ингалянта, наркопетальный характер сновидений со сценами поиска, добычи и употребления ингалянта (поведенческий компонент). Наличие в клинике СПВ любых признаков сомато-вегетативного и сенсорного компонентов также свидетельствует о его высокой интенсивности.

Динамическая оценка СПВ к ЛР не обнаруживает прямой зависимости интенсивности патологического влечения от стажа заболевания. У одних больных уже в течение первых месяцев ингалирования формируются симптомы, указывающие на высокую степень интенсивности СПВ, в то время как у других даже после нескольких лет заболевания она остается низкой. Вероятно, большую роль здесь играют перенесенные травмы и инфекции ЦНС, соматические заболевания и т. д.

Описав компоненты СПВ при зависимости от ЛР, обозначив критерии интенсивности, остановимся на особенностях его внешних проявлений, возникающих при разговоре с больным об ЛР. Отмечено три варианта внешних проявлений, свидетельствующих об обострении влечения. Первый обозначен нами как «комплекс оживления», второй — «комплекс раздражения», третий — «комплекс безразличия» (Погосов, Козырева, 2002).

Больные с «комплексом оживления» в беседе заметно двигательно оживляются: ерзают на стуле, трясут ногами, теребят все, что попадает под руку, грызут ногти, кусают губы. Они принимают позу, удобную для ингалирования (сутулятся, закрывают рот воротом рубашки), активно демонстрируют процесс нюхания (складывают ладони вместе, как если бы в них был пакет с Л Р, и подносят их ко рту), не стесняясь, используют жаргонные слова («факать», «пыхать», «дохать», «надыхариться», «побрызгаться», «обглюченный»). Настроение у них улучшается, о чем свидетельствует громкая, выразительная речь. От больных исходят веселье, счастье, радость. Смеясь, они восклицают: «Вообще-то сейчас можно было бы понюхать!» В этом состоянии дети и подростки охотно и подробно рассказывают о своих «подвигах», получая явное удовольствие от беседы. Они сами признаются, что разговор об ЛР им приятен: «Поговорил — лучше стало». Указанные признаки сочетаются с гипергидрозом ладоней, покашливанием, почесыванием кончика носа.

У больных с «комплексом раздражения» при разговоре об Л Р настроение вдруг резко ухудшается, появляются раздражительность, злобность. Они становятся циничными, грубыми, называют врача на «ты», отказываются от дальнейшего контакта. Часть из них через некоторое время начинает плакать от жалости к себе, оттого, что «стыдно», от осознания безысходности, невозможности избавиться от зависимости. Пациенты с трудом сознаются, что такое состояние возникло из-за появившегося во время беседы желания «понюхать». Сомато-вегетативные проявления здесь более выраженные по сравнению с таковыми при «комплексе оживления». Наряду с приведенными выше симптомами наблюдаются гиперемия лица, мелкоразмашистый тремор языка, пальцев вытянутых рук.

Больные с «комплексом безразличия» на протяжении всей беседы об ЛР остаются вялыми, пассивными, говорят тихо, монотонно, с трудом вербализуя свои мысли. Настроение заметно не меняется, но разговор явно неприятен: «Мне безразличны эти беседы — я уже десять лет нюхаю и дальше буду». Больные во время беседы жалуются на появление какого-то дискомфорта, из-за чего стараются поскорее закончить ее.

Влечение к ЛР может обостряться под действием внешних факторов и без таковых, само по себе. В силу таких возрастных особенностей обследованных, как любопытство, стремление к подражанию, реакции группирования со сверстниками, на ранних этапах зависимости влечение актуализируется при разговорах об ЛР, в компании ингалирующих сверстников, при запахе и виде растворителей: «хочется дышать, только когда друзья дышат», «если бы не компания — не дышал бы», «другие дышат — и я тоже», «если есть клей — подышу, если нет — не надо» (экзогенный тип актуализации влечения). Никогда поначалу больные не называют причинами обострения влечения усталость, напряжение, печаль, тревогу, дискомфорт и т. д. Именно экзогенное обусловливание желания «понюхать» В. Г. Москвичев считает характерным для детей и подростков. На поздних этапах заболевания «тяга» существует уже без внешней стимуляции и сама по себе становится причиной возобновления ингаляций: «просто тянет», «сильно хотелось», «дышал для снятия напряжения» (эндогенный тип актуализации влечения).

14.4. Резидуальные психические расстройства

Рубрика «Резидуальное психическое расстройство и психическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом» выделена в МКБ-10 для обозначения расстройств, вызванных психоактивными средствами, продолжающихся за пределами периода непосредственного действия вещества и характеризующихся нарушениями познавательных функций, личности или поведения. Изменения психической деятельности, возникающие в результате хронического употребления ЛР, могут быть отнесены в эту рубрику и кодироваться как F18.7. Согласно диагностическим указаниям, возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением средства и являться изменением или выраженным усилением предыдущего и нормального состояния.

Резидуальные психические расстройства при данной разновидности зависимости представлены тремя группами. К первой относятся лица с расстройством личности и поведения (рубрика F18.71 по МКБ-10). Во второй группе наряду с расстройством личности и поведения наблюдаются когнитивные нарушения (рубрики F 18.71 и F 18.74). У больных третьей группы диагностируется деменция (F18.73).

Расстройство личности и поведения отвечает критериям органического расстройства личности (F07.0), деменция — общим критериям деменции (введение к разделу F00-F09 МКБ-10). Для кода «Другое стойкое когнитивное нарушение» в МКБ-10 нет четких диагностических указаний, отмечено лишь, что оно не отвечает критериям амнестического синдрома или деменции. Поэтому представляется целесообразным соотнести его с рубрикой F06.7 — «Легкое когнитивное расстройство» (раздел F00-F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства») и руководствоваться ее диагностическими указаниями.

При изучении зависимости разновидности резидуального психического расстройства от стажа злоупотребления Л Р установлено, что в течение 2 лет их активного приема преимущественно формируются расстройства личности и поведения и стойкие когнитивные нарушения. На 3-м году повышается риск развития деменции (Козырева, 2002).

У больных 1-й группы (расстройство личности или поведения) значительно снижается способность к целенаправленной деятельности, появляется эмоциональная лабильность: беспричинное веселье легко сменяется гипотимией, тревожностью, раздражительностью. Эмоции становятся поверхностными, не контролируются. Эйфория лишена истинного веселья, на ее фоне обнаруживается склонность к плоским, неадекватным шуткам. Периодически возникают необоснованные вспышки злобы, агрессии. Харак-

терна недостаточность высших свойств личности: отсутствие интеллектуальных интересов, слабость нравственных установок, растормаживание инстинктов. Не соблюдаются общепринятые нормы поведения, что зачастую является причиной конфликтов с законом. Типична неспособность предвидеть последствия своих поступков. Больные не осознают проблем, создаваемых их поведением окружающим, или пренебрегают ими. Указанные расстройства сохраняются не менее 6 месяцев, что является одним из критериев диагностики.

С определенной долей условности у больных этой группы можно выделить два типа расстройства личности и поведения — эксплозивный и неустойчивый. Для эксплозивного типа свойственны повышенная аффективная возбудимость, взрывчатость, склонность к бродяжничеству, повышенная сексуальность, стремление к новым впечатлениям — «сенсорная жажда». В компании сверстников эти дети и подростки чаще занимают лидирующее положение, доказывая свое превосходство физическим насилием, грубостью. Неустойчивый тип расстройства личности и поведения характеризуется слабостью волевой сферы, нестойкостью привязанностей, беззаботностью, отсутствием самолюбия и целеустремленности, немотивированной эйфорияностью, слабой реакцией на порицание и наказание. Ведущим мотивом поведения становится получение сиюминутного удовольствия. Дети и подростки легко попадают под чужое влияние, в компаниях оказываются «на вторых ролях». Правонарушения совершаются ими из стремления утвердиться в референтной группе, заслужить уважение более сильных сверстников.

У больных 2-й группы (где расстройства личности и поведения сочетались с когнитивными нарушениями) клинические выражения личностных нарушений и поведения в целом соответствуют таковым у пациентов первой группы. В дополнение к эксплозивному и неустойчивому типам здесь выявляется апатический тип расстройств личности и поведения, обозначенный пассивностью, вялостью, нежеланием чем-либо заниматься, безразличием к окружающему. У больных этой группы к личностным и поведенческим расстройствам присоединяются когнитивные нарушения, что свидетельствуете следующем этапе формирования резидуальных психических расстройств в результате употребления ЛР. Клиника когнитивных нарушений включает ухудшение памяти, сообразительности, сосредоточения внимания. Больные испытывают затруднения при решении проблемных ситуаций. Страдает пространственное и абстрактное мышление. Непременным критерием диагностики становится снижение результатов экспериментально-психологического исследования интеллектуальных функций. Во-первых, это одно из диагностических требований МКБ-10 для рубрики «Легкое когнитивное расстройство». Во-вторых, такой подход позволяет отдифференцировать субъективно осознаваемые трудности осмысления и запоминания, на которые жаловались практически все пациенты, от истинных нарушений когнитивных функций, регистрируемых лишь с помощью экспериментально-психологического исследования.

Больные 3-й группы, у которых диагностируется деменция, имеют настолько выраженное снижение интеллектуальных функций, что это приводит к нарушению их адаптации к повседневной жизни. Они утрачивают навыки самообслуживания, обнаруживают несвойственную им ранее неряшливость, теряют интерес к окружающему. Нарушения памяти сочетаются с патологией мыслительных операций. Страдают способности к абстракции, обобщению, выделению сходства и различия, формированию проблемно-решающего поведения. Снижается способность к рассуждению, пониманию, обуянию. Речь становится замедленной, обедняется словарный запас, больные с трудом вербализуют свои мысли. Страдает переключение внимания, что проявляется трудностями в разговоре при переходе с одной темы на другую. Из эмоциональных нарушений в

одних случаях на первый план выступают апатические проявления, которые здесь преобладают, в других — крайняя раздражительность, импульсивность, брутальность (эксплозивный тип), в третьих — повышенный фон настроения с оттенком эйфории и благодушия, беззаботность (неустойчивый тип).

Заслуживают внимания данные относительно обратимости когнитивных нарушений и их функционального характера. Все дети и подростки отмечают, что в период активного употребления ЛР учились в школе «отвратительно», у них резко ухудшались память и сообразительность. Они забывали таблицу умножения, не могли запомнить прочитанное, заучить короткое стихотворение, затруднялись в выполнении простых арифметических действий. Из педагогической и медицинской документации становилось известно, что в тот период при экспериментально-психологическом исследовании интеллектуальных функций больные демонстрировали низкие, а порой крайне неудовлетворительные результаты тестов. Тем не менее на момент обследования когнитивные нарушения выявляются не у всех больных, что может свидетельствовать об обратимом их характере у детей и подростков. Поскольку часть пациентов попадает на обследование вне периода активного употребления ЛР, их интеллектуальные функции могли существенно улучшиться во время воздержания. Кроме того, часто субъективные жалобы пациентов первой группы на плохую память, сообразительность, невозможность сосредоточиться не находят объективного подтверждения при выполнении тестов. Вероятно, причина этих нарушений — не реальное снижение интеллектуальных функций само по себе, а личностные изменения, возникающие вследствие употребления ЛР: неусидчивость, слабоволие, недостаточная целеустремленность, быстрая истощаемость, утомляемость. Это и не позволяет больным нормально справляться с учебой, создавая впечатление истинного интеллектуального снижения.

Представленные варианты резидуальных психических расстройств вследствие употребления ЛР, по сути, — стадии формирования психоорганического синдрома на основе токсической энцефалопатии, вызванной хронической интоксикацией ингалянтами. К проявлениям начального этапа относятся личностные и поведенческие расстройства (1-я группа, «Расстройство личности и поведения»), протекающие по эксплозивному и неустойчивому типам. С ростом стажа злоупотребления ингалянтами к ним присоединяются субъективные жалобы больных на быструю утомляемость, затруднения при усвоении новой информации, ухудшение памяти, сообразительности, что не находит объективного подтверждения при экспериментально-психологическом исследовании интеллектуальных функций. По этой причине данный период в развитии заболевания можно обозначить как этап функциональных когнитивных нарушений. В то же время по результатам тестов эти больные адекватно оценивают свои интеллектуальные способности (субъективно осознавая проблемы в этой сфере, они оценивают собственные умственные возможности как низкие). Однако это не мешает им быть беззаботными, удовлетворенными собой, самостоятельными, независимыми. Они склонны к быстрой смене настроения, изменчивости интересов, неустойчивости в стрессовых ситуациях. Часто бывают раздражительными, несдержанными, вспыльчивыми, не способны к самоконтролю в эмоционально значимых ситуациях. Несколько завышенными представляются и их самооценки характера, здоровья, успеха в жизни, особенно в связи с имеющимися поведенческими и личностными нарушениями, что позволяет сделать вывод о некотором снижении критических ресурсов.

Результаты, полученные экспериментально-психологическими методиками при исследовании интеллектуально-мнестической деятельности испытуемых в динамике, позволяют квалифицировать следующий этап формирования психоорганического синд-

рома — этап стойких когнитивных нарушений (2-я группа, «Расстройство личности и поведения. Стойкие когнитивные нарушения»). Здесь интеллектуальные показатели, полученные тестом Векслера, находятся на пограничном уровне. Особенно снижены функции оперативной памяти, внимания (активность, переключаемость, концентрация), общая понятливость, умение строить умозаключения с опорой на здравый смысл. При изначально нормальном состоянии невербальные функции интеллекта могут оставаться относительно сохранными. Что же касается вербальных функций интеллекта, то, независимо от исходного преморбидного состояния, в результате употребления ЛР происходит их снижение до пограничного уровня. Расстройства личности и поведения в этой группе отличаются большей выраженностью. Они укладываются в основном в рамки эксплозивного типа, хотя в этот период появляется апатический тип указанных расстройств личности и поведения. Результаты психологического тестирования свидетельствуют, что здесь происходит усугубление черт, свойственных больным первой группы. Усиливаются импульсивность, эмоциональная неуравновешенность, напряженность. Поведение характеризуется неадекватно сильными реакциями по отношению к вызывающим их стимулам. При этом растут уверенность в себе, удовлетворенность собственным поведением. Несмотря на снижение интеллектуальных показателей и усугубление поведенческих и личностных нарушений, самооценка ума, характера, здоровья, успеха в жизни остается на прежнем уровне. Эти результаты указывают на дальнейшее снижение критических ресурсов, однако у ряда больных имеет место осознание причин имеющихся нарушений, желание излечиться.

По мере прогрессирования заболевания происходит дальнейшее снижение интеллектуальных показателей (3-я группа, «Деменция»). Они опускаются до уровня умственной отсталости легкой степени, в основном за счет вербальных функций интеллекта. На первый план выступают резкое сужение круга интересов, отсутствие активности и инициативы, пассивность и бездеятельность, что отражается и в результатах психологического тестирования. На этом фоне легко возникают кратковременные реакции раздражения, гневливости. Теряются навыки самообслуживания. Преобладающими типами личностных расстройств здесь становятся апатический и эксплозивный. Критические способности резко снижены, больные не в состоянии адекватно оценивать имеющиеся у них нарушения, что проявляется в завышенных самооценках умственных способностей, характера, успеха в жизни, излишней удовлетворенности собой. Полностью отсутствует установка на излечение, прекращение употребления ЛР. В конечном итоге болезнь приводит к личностной деградации и социальной дезадаптации детей и подростков, делая их фактически беспомощными.

14.5. Лечение

Так как в основном терапия синдрома патологического влечения и резидуальных психических расстройств должна проводиться в амбулаторных условиях, целесообразно отказаться от применения традиционных нейролептиков-антипсихотиков, обладающих выраженными побочными действиями, и транквилизаторов.

Для купирования идеаторного компонента СПВ предлагаются нейролептики-седатики (тизерцин, хлорпротиксен), атипичный нейролептик лепонекс и производное тиоксантена флюанксол, по спектру антипсихотической активности близкий к атипичным нейролептикам, обладающий избирательным антипсихотическим действием и не требующий профилактического назначения корректоров. Применение аминазина нецелесообразно в связи с возможным усилением депрессии, усугублением проявлений органи-

ческого поражения мозга и высоким риском т. н. «аминазиновой» желтухи, принимая во внимание частое поражение печени и токсическую энцефалопатию, сопровождающие зависимость от ЛР.

Следует отметить, что использование нейролептиков в терапии аффективного компонента СПВ оправдано, если он проявляется тревожным аффектом. В этих случаях рекомендуются нейролептики, обладающие антитревожной активностью (хлорпротиксен, тизерцин, сонапакс, терален), и антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин, леривон). При тоскливом и тем более апатическом аффекте следует отказаться от нейролептиков и остановить свой выбор на антидепрессантах со стимулирующим и сбалансированным эффектом. К первым относится флуоксетин, ко вторым — анафранил, людиомил, коаксил.

Терапию поведенческого компонента СПВ желательно проводить традиционным «корректором поведения» неулептилом. В связи с его недоступностью для основной части больных из-за высокой цены возможно применение хлорпротиксена, сонапакса (особенно у детей).

На сенсорный компонент СПВ (галлюцинации, метаморфопсии, дереализация, сенестопатии) следует воздействовать нейролептиками, обладающими антипсихотическим эффектом. Это уже предлагавшиеся нами лепонекс, флюанксол и терален (при сенестопатиях).

Для коррекции соматовегетативных расстройств, наблюдающихся в структуре СПВ, следует назначать вегетостабилизаторы с учетом исходного вегетативного тонуса. В случаях повышения тонуса симпатического отдела ВНС можно назначить альфа-, бета-адреноблокаторы (пирроксан, анаприлин), при преобладании парасимпатической активации — холинолитики (платифиллина гидротартрат). Если соматовегетативные расстройства как проявление обострения влечения носят кратковременный, транзиторный характер и нерезко выражены, представляется нецелесообразным длительный прием указанных препаратов в рамках терапии СПВ. Регулярное лечение показано лишь в случае вегетативных расстройств, носящих постоянный характер. Вегетостабилизирующий эффект дают и антидепрессанты, в частности тетрациклический антидепрессант леривон, обладающий альфа-адреноблокирующим действием.

Доказано, что непосредственным эффектом подавления патологического влечения и противорецидивным действием обладают антиконвульсанты (финлепсин). Предпосылкой к этому служат данные о пароксизмальном характере симптоматики СПВ. Указанные препараты можно назначать длительно, не боясь побочных явлений. Поскольку признаки пароксизмальности свойственны всем компонентам СПВ, применение антиконвульсантов целесообразно при любых проявлениях последнего.

Подбор психофармакологических средств для воздействия на патологическое влечение к ЛР необходимо осуществлять с учетом интенсивности проявлений тех или иных компонентов СПВ и их сочетания. Не рекомендуется одновременное назначение более двух психотропных препаратов.

Как было отмечено выше, изначально причиной девиантных поступков и серьезных правонарушений у детей и подростков становится патологическое влечение к Л Р. В дальнейшем отклоняющиеся формы поведения могут существовать самостоятельно, вне связи с ситуациями добычи и потребления ингалянтов. И все же те или иные проявления патологического влечения (прежде всего поведенческий и аффективный компоненты) отражают эмоционально-волевые нарушения, рассматриваемые в рамках резидуальных психических расстройств. Поэтому, переходя к их терапии, следует отметить, что здесь приемлемо назначение тех же препаратов, что и для купирования СПВ, с той разни-

цей, что необходимо учитывать состояние когнитивных функций и, соответственно, степень токсического поражения головного мозга. Так, например, изолированное расстройство личности и поведения допускает применение нейролептиков более сильного седативного действия (неулептил, тизерцин, хлорпротиксен, лепонекс). Назначение именно этих препаратов предполагают и преобладающие типы личностных расстройств у больных этой группы — неустойчивый и эксплозивный. Тем пациентам, у кого имеют место стойкие когнитивные нарушения, перечисленные нейролептики противопоказаны из-за опасности усугубления органического поражения мозга. Однако из-за имеющихся здесь поведенческих и личностных расстройств эксплозивного типа все же целесообразно назначение неулептила в минимальных дозах, сонапакса, а для больных с апатическим типом личностных и поведенческих расстройств — эглонила. В последнем случае возможно использование антидепрессантов со сбалансированным или стимулирующим эффектом: флуоксетина, пиразидола. Последний в определенной мере обладает ноотропной активностью и улучшает когнитивные функции. При деменции же следует ограничиться нейролептиком мягкого действия сонапаксом и антидепрессантом пиразидолом.

При любом варианте резидуальных психических расстройств необходимо назначать ноотропные препараты, улучшающие энергетические процессы мозга, повышающие его устойчивость к гипоксии. Наиболее важное их свойство — активация интеллектуальных и мнестических функций. С целью предупреждения повреждения клеток печени и с учетом имеющих место гепатоцеребральных взаимосвязей у больных с зависимостью от психоактивных веществ следует назначать гепатопротекторы — препараты, стабилизирующие мембраны гепатоцитов (карсил, силибор, катерген, эссенциале). Кроме того, показаны средства, регулирующие метаболические процессы: витамины, аминокислоты. Из последних нужно отметить выступающие в качестве нейромедиаторов (глутаминовая кислота, гамма-аминомасляная кислота, глицин). Имеются данные о положительном влиянии церебролизина на когнитивные функции, кроме того, он обладает антиастеническими и антидепрессивными свойствами.

Терапевтическая тактика при зависимости от летучих растворителей у детей и подростков должна строиться с учетом клинико-динамических особенностей синдрома патологического влечения и резидуальных психических расстройств. Исходя из высокого риска формирования токсической энцефалопатии или ее наличия, лучше отдавать предпочтение нейролептикам-седатикам (неулептил, хлорпротиксен), атипичного (лепонекс, флюанксол) и мягкого (сонапакс, терален) действия, обладающим невыраженными побочными эффектами. На всех этапах развития резидуальных психических расстройств для профилактики и коррекции интеллектуально-мнестических нарушений должны назначаться ноотропные препараты.

По общему признанию, применение психотерапевтических методов у детей и подростков с зависимостью от ЛР недостаточно эффективно. Сложность реализации у них индивидуальной рациональной и групповой психотерапии связана с несформированностью образа собственного «Я», низкой субъективной ценностью своего здоровья в среде асоциальных детей и подростков, уступающей жажде развлечений и удовольствий. При таких условиях любые психотерапевтические методы могут оказаться эффективными только при условии добровольности и желательности лечения.

Особенности когнитивной сферы детей и подростков с зависимостью от ЛР определяют выбор психотерапевтического метода. Тесная взаимосвязь проявлений СПВ и резидуальных психических расстройств в клинике заболевания делает нецелесообразной дифференциацию психотерапевтических методик по направленности воздействия на

синдромы зависимости от ЛР. Поэтому остановимся на тех из них, которые оказывают сочетанное влияние на все звенья патологического процесса, обеспечивая наилучший терапевтический эффект. Для больных с зависимостью от Л Р целесообразно отдать предпочтение бихевиориальному и гуманистическому направлениям, недирективным методам гипнотерапии (6-шаговый рефрейминг), рациональной, а также семейной психотерапии.

Основная задача поведенческой терапии — обучение пациента новым, адаптивным способам поведения путем поддержки и одобрения его положительных форм и неодобрения отрицательных.

Гуманистическое направление рассматривает в качестве базисной потребности личности необходимость самоактуализации, которую отдельные авторы рассматривают в качестве одного из мотивов приобщения к употреблению ЛР. Первостепенная задача психотерапии в этом случае заключается в становлении адекватного целостного образа «Я» и раскрытие возможностей для самоактуализации личности.

Следует учитывать, что зачастую дети и подростки с зависимостью от ЛР не понимают вреда, наносимого организму приемом ингалянтов. Поэтому, безусловно, от врача они должны узнать обо всех возможных последствиях. Наиболее действенной оказывается наглядная демонстрация результатов исследования интеллектуально-мнестических функций других больных или самого пациента в сопоставлении с нормальными результатами их сверстников.

Семейная психотерапия призвана восстановить влияние родителей на ребенка, структуру семьи, семейную иерархию, улучшить внутрисемейную коммуникацию.

Цель групповой психотерапии — повышение самооценки, тренировка механизмов совладания (копинг-механизмов), воспитание чувства ответственности за свое поведение, предотвращение социальной дезадаптации детей и подростков. Надо отметить, что групповая психотерапия имеет смысл лишь в том случае, если больные включаются в ненаркотизирующуюся группу, и сам процесс общения становится для них привлекательным в силу общих интересов, возможности найти эмоциональные привязанности, проявить себя. В противном случае следует предпочесть индивидуальную рациональную терапию, поскольку к групповому обсуждению вреда ингалянтов дети и подростки отнесутся, скорее всего, скептично и иронично.

Наиболее действенным в подавлении влечения и коррекции личностных и поведенческих расстройств надо признать нахождение вида деятельности, способного удовлетворить сенсорную жажду и помогающего достижению престижного положения в среде сверстников приемлемыми методами.

ГЛАВА 15

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СТИМУЛЯТОРОВ

Стимуляторы — это психоактивные средства, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС. Прием стимуляторов устраняет чувство усталости, вызывает прилив сил и бодрости, стремление к деятельности, уверенность в собственной силе и способностях. Рассмотрим психические и поведенческие расстройства вследствие употребления стимуляторов на примере наркоманий, обусловленных кокаином, амфетаминами, эфедроном, первитином, фенилпропаноламином, «экстази» и кофеиновой токсикомании.

15.1. Эпидемиология

На долю стимуляторов из группы амфетаминоподобных веществ в мировом масштабе приходится 10% обращений за лечением (Спектор, Богданов, 2003). Чаще всего вещества этой группы используют в странах Восточной и Юго-Восточной Азии, а также в некоторых государствах Центральной Америки и Западной Европы. Самые высокие уровни потребления этих стимуляторов населением в возрасте старше 15 лет наблюдаются в Таиланде — 5,9%, Австралии—2,6%, на Филиппинах — 2,8%, в Великобритании — 1,9% и Японии— 1,8%. Уровень злоупотребления стимуляторами из группы амфетаминоподобных веществ в России остается довольно низким и составляет 0,1 % среди населения в возрасте старше 15 лет, хотя в последнее время намечается тенденция к росту данного показателя.

Распространенность употребления близкого по своим свойствам стимуляторам препарата «экстази» за последние годы существенно увеличилась. Самые высокие годовые уровни злоупотребления этим препаратом среди населения старше 15 лет наблюдаются в Ирландии — 2,4%, Австралии — 2,4%, Великобритании — 1,6%, США — 1,6% и Канаде — 1,5%. Употребление «экстази» остается преимущественно западноевропейским и североамериканским феноменом. На долю этих регионов приходится до 95% случаев потребления «экстази», хотя в 1999 г. среди учащихся в возрасте 15-16 лет был отмечен существенный рост этого показателя в Латвии (6%), а также в Литве, Чехии и Словении (по 4%).

Кокаин в масштабе всей планеты считается вторым после опиатов «проблемным» наркотиком, в основном для государств Северной и Южной Америки, на долю которых приходится 70% случаев мирового употребления кокаина, и Европы (чаще всего Западной) — 22% случаев. Самые высокие уровни потребления кокаина населением в возрасте старше 15 лет наблюдаются в США — 2,6%, Аргентине — 1,9%, Великобритании — 1,7%, Испании — 1,6% и Австралии — 1,4%. В Российской Федерации этот показатель в 1999 г. составил 0,09%.

15.2. Кокаиновая наркомания

Кокаин (снег, кок, девочка, дама, snow, coke, girl, lady) — алкалоид, получаемый из кустарника Erytroxylon coca—растения, произрастающего в Боливии и Перу. Неслучайно крестьяне этих государств жуют обладающие стимулирующим эффектом листья коки.

У кокаина длинная и богатая история, берущая начало со времен ацтеков и имеющая продолжение в наши дни. В VI в. н. э. перуанцы хоронили тела умерших с листьями коки, считая это «необходимостью» для загробной жизни. В XVI в. н. э. испанцы давали рабам. работавшим на золотых и серебряных копях, листья коки, чтобы держать их в повиновении. В виде алкалоида кокаин был выделен из листьев коки в 1859 г. С 1884 г. кокаин стал использоваться как местное анестезирующее средство (в офтальмологии и ларингологии). В этом же году 3. Фрейд публикует свой труд «Ueber Coca», в котором описывает кокаин как стимулятор ЦНС, используемый для лечения различных функциональных расстройств (неврастения) и предотвращения или смягчения абстинентного синдрома, вызванного морфином. В 1886 г. фармацевт Пембертон создает тонизирующий напиток кока-колу, и лишь в 1906 г. кокаин, входящий в состав бодрящего напитка, был заменен на кофеин.

Первая эпидемия кокаиномании возникла в Европе и США во время Первой мировой войны. Вначале она охватила офицерство воюющих армий Германии, Франции, США, а затем перекинулась в тыл. Популярности кокаина способствовали, во-первых, его доступность (воюющие армии снабжались обезболивающими средствами), во-вторых, простота употребления («нюханье») и, наконец, в-третьих, в отличие от морфия — отсутствие мучительной абстиненции при невозможности раздобыть очередную дозу. Затем, когда в Германии начался голод, немаловажным оказалось свойство кокаина подавлять аппетит.

К 1991 г. количество употребляющих кокаин увеличилось до 1,9 млн за счет употребления «крэка» — более дешевого средства, в отличие от кокаиновой пудры. Последняя стоит более ста долларов за грамм. Для многих звезд Голливуда кокаиновая пудра — средство снятия напряжения, связанного с их профессией. Она позволяет длительное время обходиться без сна. Поэтому на многих актерских вечеринках существует мода предлагать гостям кокаин наряду со спиртными напитками. В России же отмечены единичные случаи употребления кокаина.

15.2.1. Способы употребления и эффекты кокаина

Известны три наиболее распространенные формы употребления кокаина: вдыхание через нос (нюханье), подкожно или внутривенно, путем курения. При употреблении через нос, а именно при интраназальном введении, порошок кокаина закладывается в ноздри, как в старину — понюшка нюхательного табака. Порошок начинает действовать через 5-10 минут.

Внутривенное введение алкалоида кокаина оказывает стремительное действие. На сленге его обозначают как «раш» (rash), т. е. «бросок». Именно на «кончике иглы» развиваются эйфория, чувство душевного и телесного блаженства, «любви» ко всем людям.

При употреблении кокаина путем курения используется «крэк». «Крэк» — это особым образом приготовленный кокаин, не разрушающийся при нагревании. Курят прессованный порошок в марихуановых или табачных сигаретах, а также в специальных трубках с водяным запором. Курение «крэка» оказывает быстрое действие, т. к. всасывание происходит по всей поверхности легких.

Менее распространенный способ — жевание листьев коки — использовался туземцами Центральной и Южной Америки. В этом случае действие кокаина наступает гораздо медленнее и выражено значительно слабее, чем при упомянутых выше способах введения, т. к. он инактивируется желудочным соком.

При остром воздействии на ЦНС кокаин повышает синаптические уровни дофамина, норадреналина и серотонина за счет подавления их обратного захвата. При хроническом злоупотреблении все это приводит к истощению уровня дофамина, падению его содержания в мозге и торможению нейротрансмиссии, что может привести к толерантности и синдрому отмены.

Кокаин активирует симпатическую нервную систему путем блокады обратного захвата норадреналина в пресинаптических нервных окончаниях и накопления его в постсинаптических зонах рецепторов, что приводит к повышению АД, тахикардии, периферической вазоконстрикции, мидриазу, гипергликемии, тахипноэ, потоотделению, стимуляции мозговой деятельности, задержке мочеиспускания и запору, снижению чувства голода, повышению основного метаболизма, ускорению электрической активности мозга.

Кокаин обладает местным анестезирующим и вазоконстрикторным эффектами. Блокируя передачу нервных импульсов в периферических нервных волокнах, он снижает проницаемость клеточной мембраны для ионов Na, обеспечивая при этом обезболивающий эффект (наступает через 5 минут и длится до 45 минут). Способность кокаина вызывать вазоконстрикцию использовалась в хирургических операциях (отоларингологических), где важно уменьшение кровотечения и отека слизистых оболочек, для улучшения визуализации хирургического поля.

15.2.2. Клиника кокаиновой интоксикации

Касаясь клиники кокаиновой интоксикации, следует отметить, что типичное опьянение протекает как маниакальное состояние с выраженной эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, небывалая сообразительность, особая глубина и проникновенность собственных мыслей. Наблюдается приятное самочувствие, легкость во всем теле, повышение полового возбуждения. Быстро возникающая эйфория (в момент употребления кокаина) через несколько минут может смениться на дисфорию, тревогу, страх, агрессивность, апатию. При таком состоянии отмечаются соматические нарушения: учащение сердцебиения, повышение АД, расширение зрачков, чередование озноба с холодным потом и чувства жара во всем теле.

При передозировке кокаина на фоне тревоги, страха и растерянности возникает образный бред преследования, тактильные галлюцинации (ощущение ползания по телу насекомых с попытками их поймать, раздавить, уничтожить; расчесы кожи — симптом Маньяна). Слышатся звон в ушах, оклики по имени, отмечается любопытство ко всему окружающему. Возможны стереотипные движения губ и языка.

Соматические и неврологические нарушения при передозировке: сердечные аритмии, судорожные припадки, остановка сердца, угнетение дыхательного центра.

Приводим диагностические критерии кокаиновой интоксикации по DSM-IH-R:

А. Недавнее потребление кокаина.

Б. Изменения поведения, носящие дезадаптивный характер (бессонница, эйфория, грандиозность, чрезмерный уровень бодрствования, психомоторная ажитация, воинственность, нарушения критики, социальной и профессиональной деятельности).

В. По меньшей мере два из следующих признаков наблюдаются в течение часа после употребления кокаина: 1) тахикардия; 2) увеличение АД; 3) насморк или кашель; 4) зрительные и тактильные галлюцинации.

Из-за быстрого разрушения кокаина в организме его принимают часто и небольшими дозами. Суточная доза может достигать 10 граммов. Существует мнение, что роста толерантности при злоупотреблении кокаином не наблюдается. На начальных этапах заболевания возникает даже повышение чувствительности к его воздействию. По данным других авторов, толерантность к кокаину развивается.

15.2.3. Постинтоксикационное и абстинентное состояние

Krash — «краш», «поломка» — состояние дисфории с раздражительностью, озлобленностью на себя и других при постинтоксикационном состоянии может сочетаться с астенией, тоской, тревогой. Оно сопровождается отчетливым желанием повторить прием кокаина. Постинтоксикационное состояние ослабевает через несколько часов или к концу суток, оставляя после себя только проявления астении. Если же дисфория не исчезает, а нарастает, то говорят о развитии абстинентного синдрома. Большинство исследователей считает, что физическая зависимость к кокаину при этом не формируется.

Вслед за постинтоксикационным состоянием развивается абстиненция. Ее особенность — чередование периодов послабления и усиления симптоматики. В период послабления наблюдается хороший сон, улучшение самочувствия, слабая тяга к кокаину. Такое состояние может смениться новым приступом дисфорической депрессии, тревожности, раздражительности и сильной потребности в кокаине. Воспоминания об эйфорических эффектах наркотика провоцирует развитие рецидива. Этот период отказа от приема до возобновления употребления наркотика может продолжаться до двух месяцев. На фоне абстиненции иногда наблюдаются бредовые идеи отношения и преследования, суицидальные мысли. Соматические проявления незначительны.

Диагностические критерии кокаиновой абстиненции по DSM-III-R:

А. Прекращение длительного потребления больших доз кокаина, после чего наступает дисфорическая депрессия с раздражительностью, тревожностью. Должен быть по меньшей мере один из следующих признаков (через сутки): утомление, бессонница или сонливость, психомоторная ажитация.

Б. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

15.2.4. Соматические осложнения и внешние признаки злоупотребления кокаином

К соматическим осложнениям при употреблении кокаина относят: 1) сердечно-сосудистые: а) острые — инфаркт миокарда, аритмия, внезапная смерть; б) хронические — кардиомиопатия, миокардит; 2) дыхательные: а) острые — пневмоторакс, отек легких, легочное кровотечение; б) хронические — «крэковое легкое», обострение астмы; 3) желудочно-кишечные: острые — гастродуоденальные перфорации, колит; 4) почечные — острая почечная недостаточность; 5) мозговые инсульты; 6) другие: а) сексуальные расстройства (вторичная импотенция, снижение эрекции, эякуляции, либидо); б) у женщин аменорея, бесплодие; в) кахексия (из-за подавления центра голода кокаином).

Внешние признаки злоупотребления кокаином: 1) перфорированная носовая перегородка; 2) «кокаиновые следы» — в месте последней инъекции оранжево-розовые кро-

воподтеки. Со временем они становятся желтыми или голубыми; 3) крэковый кератит — курение крэка приводит к анастезии, что при сильном растирании может привести к повреждению роговицы и ее инфицированию; 4) «крэковый палец» — мозоль большого пальца из-за многократных контактов колесика зажигалки с большим пальцем; 5) «крэковая рука» — почерневшие, гиперкератозные и ожоговые повреждения на внутренней стороне ладоней из-за постоянного обращения с горячими крэковыми трубками; 6) эрозия зубов — в результате перорального или интраназального применения кокаина происходит воздействие кислоты на зубную эмаль, появляются язвы на деснах в местах аппликации кокаина.

15.2.5. Психические последствия употребления кокаина

Психические последствия длительного приема кокаина — психозы (делирий, онейроид, параноид), психопатоподобные изменения личности и органический психосиндром.

Кокаиновый делирий возникает в течение суток с момента интоксикации и длится несколько дней. Характерен наплыв зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций. Содержание их меняется и связано с лабильностью эмоций. Галлюцинации то носят устрашающий характер, то вызывают необычный интерес. К тому же они могут стать причиной внезапной агрессии по отношению к окружающим.

Диагностические критерии кокаинового делирия по DSM-III-R:

А. Развитие делирия в течение 24 часов после употребления кокаина.

Б. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Кокаиновый онейроид встречается реже других психотических расстройств. Появляются «киноподобные» зрительные галлюцинации, пациент поглощен увиденным, полностью отрешен от реальной действительности. Длительность онейроида — от нескольких часов до нескольких дней.

Кокаиновый параноид развивается в течение часа-получаса после употребления кокаина и длится от нескольких дней до месяца и даже года. Картина кокаинового параноида обычно сводится к быстро возникающему бреду преследования, затем появляются озлобленность и агрессивность. Также характерны тактильные галлюцинации: больные ощущают ползающих по телу насекомых и червей (возникает убежденность, что они проникли под кожу). Предпринимаются попытки извлечь «кокаиновых жучков». Из-за этого на коже появляются множественные расчесы и царапины. Слуховые и зрительные галлюцинации встречаются эпизодически. Наряду с бредом преследования иногда развивается бред ревности или величия. Во время параноида сохраняется внешняя упорядоченность поведения, на окружающих такие люди не производят впечатления больных, могут индуцировать других.

Диагностические критерии кокаинового бредового расстройства по DSM-III-R:

А. Органический бредовой синдром, появляющийся вскоре после употребления кокаина.

Б. Быстрое развитие бреда преследования, являющегося доминирующей клинической особенностью.

В. Отсутствие связи с каким-либо физическим или психическим расстройством.

Г. Психопатоподобные изменения личности, признаки органического психосиндрома (нарушения памяти, расстройства концентрации внимания, изменения мышления).

15.2.6. Формы злоупотребления кокаином

Касаясь формы употребления кокаином, следует отметить, что эпизодическое курение «крэка» чаще всего начинается по праздникам, в компании друзей. Перерывы переносятся без явлений абстиненции, возможны постинтоксикационные симптомы, длящиеся не более суток. Возобновление употребления происходит также под влиянием компании. Злокачественное периодическое злоупотребление — «бинджинг» (bindging), «загул» (напоминает алкогольные запои) — до двух суток. За этот период в организм поступает до I г и более кокаина. Прерывают «бинджинги» из-за невероятного изнеможения. Они сменяются постинтоксикационным состоянием («крашем»). Для смягчения «краша» используют алкоголь, снотворное, транквилизаторы в больших дозах. Силы восстанавливаются через 2-3 суток. Хроническое злоупотребление — ежедневный прием — приводит к быстрому формированию зависимости.

Скорость формирования зависимости к кокаину зависит от способа введения препарата (от наименьшей скорости — к наибольшей): перорального, интраназального, внутривенного, курения. Зависимость развивается в течение *2-А* лет от момента первого приема препарата.

15.2.7. Лечение кокаиновой наркомании

Лечение кокаиновой наркомании предусматривает купирование абстинентного синдрома и предупреждение рецидивов. Б. П. Керфут и соавт. (1998) дают следующие рекомендации лечения больных. При амбулаторном лечении прекращение приема кокаина производится одномоментно, а не постепенно. Обязательное условие — воздержание от употребления других психоактивных средств (алкоголь, марихуана). Пациенту необходимо изменить стиль жизни, чтобы исключить ситуации, провоцирующие применение кокаина (встречи со знакомыми наркоманами, посещение мест приема наркотика). Положительные эмоции у больного должны вызывать индивидуальное стимулирование прекращения употребления кокаина. Показаниями для стационарного лечения являются: внутривенное введение кокаина, злоупотребление несколькими психоактивными средствами (алкоголь, седатики), наличие соматических или психических заболеваний, социальные проблемы или отсутствие поддержки со стороны членов семьи, принудительное лечение по решению суда, повторный прием наркотика во время амбулаторного лечения, угроза причинения вреда себе и окружающим. Авторы рекомендуют психотерапевтические методы, включающие индивидуальную психотерапию, поведенческую терапию, программы самопомощи («Анонимные кокаинисты») и фармакологические методы лечения. Они считают, что существует много методов лечения пристрастия к кокаину. Среди них трудно выбрать один, идеально подходящий для конкретного больного.

15.3. Злоупотребление амфетаминами

Амфетамин (фенамин), декстроамфетамин и метамфетамин относятся к классу амфетаминов. Их химические свойства и эффекты от приема похожи. Амфетамины являются синтетическим аналогом всемирно известного наркотика кокаина. Амфетамины способны вызывать психический подъем, стремление к деятельности, устранять чувство усталости, создавать ощущение бодрости, ясности ума и легкости движений, быстрой сообразительности, уверенности в своих силах и способностях. Действие амфетами-

нов сопровождается приподнятым настроением. В отличие от кокаина, амфетамины вызывают менее проявленную эйфорию и более выраженный стимулирующий эффект.

Первоначально амфетамин использовали в качестве медикаментозного средства для лечения насморка. Позже его стали применять при нарколепсии и синдроме минимальной мозговой дисфункции. Во время Второй мировой войны прием амфетаминов способствовал поддержанию воли бойцов. Декстроамфетамин был на вооружении спецслужб Красной Армии. После окончания войны стало понятно, что амфетамины обладают практически всеми свойствами кокаина. Разница заключается в том, что психическая зависимость от них формируется гораздо быстрее, порой после первого или второго приема наркотика. Распространение амфетаминов стало причиной злоупотребления ими. Без них не обходились водители-дальнобойщики. Амфетамины помогали спортсменам интенсивно и долго тренироваться. Их назначали для лечения депрессии.

С 1965 г. в США стали применяться повышенные меры контроля над фармацевтическими средствами амфетаминового ряда. Для удовлетворения постоянно возрастающей потребности рынка в амфетаминах их производство в подпольных лабораториях росло как грибы. Чаще амфетамины производятся нелегально для наружного применения или инъекционного введения. Появление «льда» — сленговое название кристаллического метамфетамина гидрохлорида — способствовало распространению курения как еще одного способа приема этого наркотика. Амфетамины по-прежнему используются в психотерапевтической практике и сохранили свое «военное» значение: входят в аптечки спецподразделений армии США. Они производятся многочисленными фирмами.

После приема амфетаминов через 30-60 минут наступает состояние повышенного настроения, сочетающееся с выраженной психической и физической активностью, приливом энергии, уверенностью в себе, своих силах и возможностях. Повышение умственной и физической работоспособности подтверждается объективными данными. Исчезает потребность в отдыхе и сне. При больших дозах активное бодрствование продолжается 2-3 суток, при малых—4-8 часов. Амфетамины резко подавляют аппетит, вызывают сужение кровеносных сосудов, повышение артериального давления, учащение пульса. Дыхание становится глубоким, усиливается вентиляция легких. Наблюдаются сухость во рту, расширение зрачков. В очень малых дозах амфетамины применяются в США для лечения сексуальных расстройств. Метамфетамин резко усиливает половое влечение и сексуальную потенцию. На женщин метамфетамин оказывает более выраженное сексуальное воздействие — вызывает повышение либидо, «обостренную чувствительность», активность, неутомимость и стремление к многократным оргазмам. Сексуальный эффект метамфетамина привлекает любителей экспериментов и группового секса.

15.3.1. Проявления амфетаминовой зависимости

Амфетаминовое опьянение ничем не отличается от такового при приеме кокаина, единственная разница — амфетаминовое опьянение длится дольше. Наркотический «кайф» продолжается 6-12 часов после приема очередной дозы. Выраженный прилив сил, бодрости и энергии заканчивается еще более резкими и дискомфортными, чем после приема кокаина, проявлениями депрессии и апатии. Человеку хочется вернуть крайне приятное для него состояние. Для этого он повторяет инъекцию или прием таблетки. Учитывая, что доза наркотика еще не выведена из организма и его содержание в крови высокое, возбуждение усиливается, пока не перейдет в специфический психоз, эпилептический припадок; возможен смертельный исход. Бредовый психоз — обычное

последствие систематического приема амфетаминов. Он развивается на более ранних сроках, чем при употреблении кокаина. Депрессия — это главное проявление абстинентного синдрома любых психостимуляторов, в случаях приема амфетаминов отличается большей выраженностью и продолжительностью.

Диагностическими критериями интоксикации амфетаминами являются:

А. Недавнее потребление амфетамина.

Б. Изменения поведения, носящие дезадаптивный характер (воинственность, повышение уровня бодрствования, ажитация, расстройства критики, нарушение профессиональной или социальной деятельности).

В. По меньшей мере два из следующих признаков, наблюдающихся в течение часа после употребления амфетамина: 1) тахикардия; 2) расширение зрачка; 3) повышение артериального давления; 4) потливость или озноб; 5) тошнота или рвота.

Г. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Диагностические критерии бредового расстройства, связанного с употреблением амфетаминов:

А. Бредовый синдром, развивающийся вскоре после приема амфетамина.

Б. Бред преследования, доминирущий в клинической картине.

В. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстрой ством.

Амфетаминовое бредовое расстройство может напоминать параноидную шизофрению, протекающую с бредом преследования. Преобладание зрительных галлюцинаций, наличие временами спутанности и нарушения когерентности, отсутствие шизофренических нарушений мышления помогают отличить амфетаминовый психоз от шизофрении. Для амфетаминового психоза характерны нарушения схемы тела и восприятия человеческих лиц. Иногда точный дифференциальный диагноз по клиническим проявлениям провести невозможно. В этом случае надежными методами диагностики являются лабораторные тесты, определяющие наличие амфетаминов в моче.

К диагностическим критериям делирия, вызванного амфетамином, относят:

А. Делирий, развивающийся через 24 часа после приема амфетамина.

Б. Отсутствие связи с физическим или каким-либо другим психическим расстройством.

Ухудшение состояния или «краш» наступает, когда эффект действия больших доз амфетамина ослабевает. Изнуряющий цикл из серий тяжелого потребления амфетаминов от нескольких дней до недели и последующих ослаблений действия больших доз — типичный признак амфетаминовой наркомании. Психические и физические симптомы «краша» включают тревожность, дисфорическое настроение, усталость, ночные кошмары, головные боли, профузное потоотделение, спазмы в желудке, неутолимый голод, мышечные подергивания, тремор. «Краш», длящийся более 24 часов после последнего приема наркотика, классифицируется как абстинентный синдром, вызванный амфетамином. Абстинентный синдром обычно достигает максимума через 2-4 дня. Характерна и опасна депрессия, иногда с суицидами, наиболее выраженная через 48 часов после последнего приема амфетамина, но она может удерживаться в течение нескольких недель.

Диагностическими критериями амфетаминового абстинентного синдрома являются:

А. Прекращение длительного (несколько дней или дольше) злоупотребления амфетаминами или уменьшение количества потребляемого вещества, после чего отмечаются дисфория, депрессия, тревожность, раздражительность и по меньшей мере один из

следующих признаков, наблюдающихся спустя более чем 24 часа после прекращения употребления препарата: 1) утомление; 2) бессонница или чрезмерная сонливость; 3) психомоторная ажитация.

Б. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

15.4. Эфедроновая наркомания

Эфедрон (1-фенил-2-метиламинопропанон) изготовляется путем специальной обработки эфедрина. В 1985 г. он внесен в список наркотиков. В среде наркоманов его называют «коктейль джеф», «марцефаль», «мурцовка». За рубежом используется аналог меткатинон, содержащийся в листьях ката (произрастает в африканских государствах). Ранее с целью одурманивания широко применялся сам эфедрин. Однако из-за преобладания соматовегетативных эффектов над психотропными была разработана технология, позволившая получить новый наркотик — эфедрон с доминирующими психотропными эффектами.

15.4.1. Клиника эфедроновой наркомании

Переходя к описанию клиники эфедроновой наркомании, остановимся прежде всего на острой интоксикации. Прием эфедрона представляет собой целый ритуал. Вводить наркотик предпочитают в одиночестве. Для этого выбирают комнату без света и шума. Укладываются в постель, голову закрывают подушкой. В противном случае эйфория быстро проходит. Как известно, для опиоманов не имеет значения, где вводить наркотик (в туалете, в подъезде, на улице). Кроме того, если опийный наркоман всегда думает о завтрашнем дне, в связи с чем тщательно рассчитывает дозу (иногда умышленно занижая ее), то эфедронщик не успокаивается до тех пор, пока не закончится наркотик. Это свидетельствует о выраженном вторичном патологическом влечении в опьянении.

При введении эфедрона «прихода» на игле не бывает. Через 30 секунд — 2 минуты появляются симптомы 1-й фазы опьянения. Это ощущение ползания мурашек на голове (как бы волосы встают), легкий озноб, покалывание в руках и ногах. По телу прокатывается волна (холодная, в отличие от волны при употреблении опиатов). Иногда волн бывает несколько.

Для 2-й фазы опьянения характерны деперсонализационные и дереализационные расстройства: необычная легкость в теле, состояние невесомости, ощущение полета, тело «вообще не чувствуется». Окружающее воспринимается ярко и образно. Кроме того, происходит ускорение ассоциативных процессов, мысли скачут с одной темы на другую, отмечается многоречивость. Пациенты неусидчивы, подвижны, выразительно жестикулируют. Они высказывают множество нереальных планов, неосуществимых идей. Порой мышление теряет последовательность, выражена персеверация. Внимание становится крайне неустойчивым, отвлекаемым. Сохраняется стремление к деятельности, хотя последняя отличается малой продуктивностью. У некоторых больных на высоте опьянения возникают идеи величия. Они считают себя выдающимися творцами, способными решить сложные государственные проблемы, написать художественные произведения, которые потрясут весь мир.

Неврологические нарушения в эфедроновом опьянении представлены мидриазом, ослаблением реакции зрачков на свет, спонтанным нистагмом, мышечным тремором.

Вегетативная симптоматика проявляется сухостью слизистых, бледностью лица, повышением артериального давления, тахикардией, экстрасистолией.

При однократных приемах эфедрона наркотическое действие продолжается 2-3 часа, затем появляются общая слабость, сонливость, снижение настроения, тоска, раздражительность, сопровождающиеся бледностью кожных покровов, синюшностью губ. Указанные расстройства заканчиваются глубоким и продолжительным сном, причем при первых приемах наркотика состояние астении после сна наступает необязательно.

Характерно, что если первая небольшая доза эфедрона вызывает опьянение, то эффект от всех последующих инъекций в течение дня наступает лишь при 2-4-кратном увеличении первоначальной дозы.

Стремление во что бы то ни стало достичь желаемого результата путем увеличения количества вводимого наркотика в течение суток — это существенное отличие эфедроновой наркомании от опийной. Рост толерантности в течение дня с возвратом ее к исходному уровню на следующий день не встречался нами ни при каких других разновидностях наркоманий и токсикомании и не нашел отражения в литературе.

Наркогенность эфедрона высока. Патологическое влечение формируется после 2-15 инъекций. Проявления I стадии отмечаются к концу 1-го месяца употребления. Примерно через 3 месяца возникает циклическая форма злоупотребления, когда периоды непрерывной наркотизации (эфедроновые запои) сочетаются со «светлыми» промежутками. Наркоманы в это время (запоев) не спят, не едят, быстро худеют, доводя себя до изнеможения. Продолжительность периодов непрерывной наркотизации — 4-20 дней. Число инъекций за сутки может достигать 35. Разовая доза эфедрона — 1,5-50 мл, суточная— 5-1000 мл.

К числу причин изменения характера наркотизации относят, во-первых, сокращение продолжительности эйфории с 4-5 часов до 30-60 минут. Во-вторых, на выходе из эфедронового опьянения возникает своеобразное дисфорическое состояние — «отход», проявляющееся тревогой, напряжением, раздражительностью, вспыльчивостью, грубостью, гиперестезией. В этом состоянии выражено вторичное патологическое влечение к наркотику. «Отход» — 1 -я фаза (этап) эфедронового абстинентного синдрома. Он возникает через 3-5 месяцев регулярной наркотизации. Продолжительность 1-й фазы — от нескольких часов до 1-2 суток.

Затем вышеперечисленные симптомы ослабевают, на первый план выходят пониженное настроение, апатия, вялость, резкая физическая слабость, быстрая утомляемость, истощаемость, сонливость. Могут наблюдаться суицидальные тенденции. Таким образом, проявления 2-й фазы (этапа) эфедроновой абстиненции укладываются в рамки астенической депрессии. Через 7-10 дней состояние улучшается, хотя еще 2-3 недели сохраняется астеническая симптоматика.

К неврологическим симптомам абстиненции относят нарушение координации движений, фибриллярные подергивания отдельных мышечных групп лица и языка, миоз, слабую реакцию зрачков на свет, нистагм. Кроме того, координаторные пробы выполняются с промахами, наблюдается тремор, в усложненной позе Ромберга больные падают. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы повышены.

Интересен феномен взаимозаменяемости опиатов, эфедрона, транквилизаторов для купирования абстиненции. Вероятно, этот факт стал причиной трансформации одного вида зависимости в другой.

Нарушения сексуального поведения в виде гиперсексуальности весьма характерны для опьянения эфедроном. В 1-й фазе опьянения наблюдается симптом, обозначенный как «тактильная стимуляция эйфории». Тактильное раздражение эрогенных зон вызыва-

ет повторные ощущения распространения волны. При этом также увеличивается интенсивность и длительность 1-й фазы.

Во 2-й фазе эфедроновой интоксикации гиперсексуальность обусловлена появлением фантазий эротического содержания. Сочетается резкое усиление либидо и потенции с ослаблением контроля над поведением, что приводит к гомосексуальным контактам. Создается впечатление, что под влиянием эфедрона происходит трансформация гетеросексуальной ориентации в гомосексуальную. Эфедрон настолько усиливает сексуальное возбуждение у женщин, что позволяет без особого труда добиться от них половой близости. Оральные сексуальные контакты являются распространенной формой сексуального поведения во время интоксикации эфедроном. Довольно часто мужчины, страдающие эфедроновой наркоманией, вовлекают в употребление наркотика сексуальных партнерш.

Интересен факт, свидетельствующий о том, что сексуальное влечение у наркоманов тесно связано с патологическим влечением к эфедрону. Поэтому половое возбуждение, особенно в течение первого месяца воздержания, приводит к актуализации патологического влечения к эфедрону.

Для лиц, длительно употребляющих эфедрон, характерны раннее поседение и старение. Они крайне лживы, изворотливы. В среде наркоманов они считаются людьми «второго сорта».

Иногда употребляют эфедрон, изготовленный из мази «Сунореф». Здесь «приход» начинается на игле. Наркоманы называют его «бешеным». Закладывает нос, во рту появляется какой-то привкус. Волна менее продолжительная, нежели описанная выше. Вторая инъекция при условии увеличения дозы чувствуется хорошо, последующие же не дают желаемого эффекта. Эфедрон из «Сунорефа» стараются колоть в крупные вены, расположенные ближе к голове. Инъекции в вены ног «прихода» не вызывают. Такой наркотик быстро изменяет вены, в связи с чем в них трудно бывает попасть. Следы от уколов здесь напоминают татуировку.

При передозировке эфедрона возникает эфедроновый параноид. Он проявляется тревогой, страхом, бредом отношения, преследования, слуховыми галлюцинациями. В его клинической картине могут наблюдаться тактильные и зрительные галлюцинации. Продолжительность психоза— 1-2 дня. В литературе описаны и абстинентные эфедроновые параноиды. Последние купируются введением эфедрона. Наиболее часто встречающимся соматическим осложнением эфедроновой наркомании является миокардиодистрофия.

15.5. Первитиновая наркомания

В середине 1980-х гг. в ряде регионов России среди подростков старшего возраста (16-17 лет) появились случаи употребления самодельного препарата, получившего на сленге наркоманов название «ширка» (Личко, Битенский, 1991). В его состав входит около 40% альфа-йод-первитина (йод используется в процессе изготовления).

15.5.1. Клиническая картина

. «Ширка» вводится внутривенно. Прием препарата начинают с 1-2 мл. При формировании наркомании разовая доза может увеличиваться до 10— 12 мл. При передозировке «ширки» развиваются острые психозы. Картина опьянения первитином имеет черты сходства с опьянением эфедроном. Опьянение при первых употреблениях возникает

через 10-15 мин и сопровождается своеобразной эйфорией. Наступает «прозрение», все окружающее приобретает необыкновенную четкость и красочность, появляется чувство приятного телесного комфорта. Через 30-60 мин формируется гипоманиакальное состояние. Повышенное настроение здесь сочетается с гиперактивностью, уверенностью в себе, своих силах и возможностях. У опьяневшего складывается впечатление, что в голову приходят особо важные и проникновенные мысли. Собственные решения представляются весьма удачными и умными. Обязательный эффект опьянения «ширкой» — резкое усиление полового влечения. У лиц мужского пола повышается сексуальная потенция, они способны совершать десятки половых сношений подряд, каждый раз достигая оргазма. Продолжительность опьянения «ширкой» — 6-8 часов. Постинтоксикационное состояние («выход») характеризуется дисфорией, раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, подозрительностью. Постепенно на фоне дисфории появляются астения, вялость, адинамия, апатия.

После первых употреблений первитина в постинтоксикационном состоянии возможно возникновение влечения к повторному введению препарата. В связи с этим зависимость от него развивается в короткие сроки.

«Ширка» вызывает выраженную психическую и физическую зависимость. Патологическое влечение при ее употреблении носит неодолимый характер, формируется выраженная деградация личности со склонностью к социально опасному поведению. При развитии наркомании продолжительность опьянения сокращается, введения «ширки» повторяются в течение одного дня. Быстро растет суточная и разовая доза.

15.5.2. Абстинентный синдром

Абстинентный синдром проявляется тяжелой дисфорией. При этом злобность и агрессивность сочетаются с тревожной подозрительностью. Характерна смена указанного состояния выраженной астенией, обнубиляцией сознания. В некоторых случаях даже спустя месяц после прекращения приема первитина сохраняются вялость, апатичность, неспособность к устойчивой целенаправленной деятельности.

Р. А. Кардашян (2005), в зависимости от тяжести и глубины астенических, психопатологических, соматовегетативных и неврологических расстройств первитинового абстинентного синдрома, делит его по степени выраженности на легкий, средний и тяжелый.

При легком течении абстинентный синдром развивается через 22-24 часа после последнего приема наркотика. Он представлен патологическим влечением, характеризующимся тревогой, страхом, раздражительностью, пониженным фоном настроения, поведенческими расстройствами, нарушениями сна. В структуру абстинентного синдрома входят выраженные алгические (выкручивающие мышечные боли в спине и конечностях, головные боли) и умеренно выраженные вегетативные (снижение аппетита, тошнота, слезотечение, насморк, бледность кожных покровов, гипергидроз, головокружение, тахикардия) расстройства. Показатели артериального давления повышаются до 135-140/95-110 мм рт. ст. Астенические (усталость, слабость, вялость, утомляемость, трудность собраться с мыслями) и неврологические (диффузная мышечная гипотония, гипомимия, внутренняя дрожь) нарушения отличаются незначительной интенсивностью.

Абстинентный синдром средней степени выраженности возникает через 16-20 часов после последнего введения наркотика. Для него характерны умеренно выраженные астенические (слабость, бессилие, вялость, быстрая утомляемость, невозможность активной концентрации внимания) и выраженные соматовегетативные и неврологические расстройства. Показатели артериального давления в пределах 125-130/90-95 мм рт. ст.

Психопатологические нарушения (страх, тревога, тоскливое настроение, подавленность) отличаются выраженностью проявлений.

При тяжелом течении абстинентный синдром развивается через 12-14 часов после последнего употребления первитина. Он сопровождается интенсивным патологическим влечением к наркотику. Доминируют нарушения сна, отмечаются эмоциональная лабильность, пониженное настроение. У этих больных наблюдается умеренная раздражительность. Выраженные астенические расстройства проявляются быстрой утомляемостью в беседе, неспособностью сделать что-либо без посторонней помощи. Значительные неврологические нарушения характеризуются дизартрией, ослаблением конвергенции, отсутствием реакции зрачков на свет, нистагмом, подергиваниями языка, нарушением поверхностной чувствительности, атаксией. Вегетативные симптомы (снижение или отсутствие аппетита, постуральная гипотензия, слезотечение, гипергидроз) умеренно выражены. Артериальное давление составляет 85-90/55-60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений в среднем 114 ударов в минуту. Алгические нарушения отличаются незначительностью (ощущения неудобства и напряженности в мышцах спины, ног, шеи и рук).

15.5.3. Психические и неврологические нарушения при первитиновой наркомании

К неврологическим нарушениям, развивающимся при первитиновой наркомании, относят смазанную речь, интенционный мышечный тремор, шаткость при ходьбе, патологические рефлексы со стоп, повышение или понижение сухожильных рефлексов.

У больных первитиновой наркоманией формируются эксплозивные и эпилептоидные изменения личности, проявления психоорганического синдрома. Для них характерны асоциальное поведение, уклонение от учебы и трудовой деятельности, пренебрежение законами и правилами, стремление к немедленному удовлетворению возникших желании, полное безразличие к интересам других. Больные становятся равнодушными к замечаниям и похвалам, нетерпимыми к критике, у них отсутствует привязанность к близким. Их поведение определяется не здравым смыслом, а желаниями и настроением. Психоорганический синдром проявляется нарушением концентрации внимания, ослаблением памяти, истощаемостью при малейших умственных нагрузках, неспособностью ориентироваться в меняющейся обстановке. Мышление у таких больных замедлено, они соображают с трудом, отмечается тенденция к чрезмерной детализации, застреванию на мелочах.

Первитиновая наркомания формируется спустя несколько недель после начала употребления препарата. Через 2-3 месяца развивается токсическая энцефалопатия.

Личностный преморбид и его корреляции с ситуацией вовлечения в потребление первитина, клиникой и динамикой синдрома отмены рассмотрены в работе Р. А. Кардашян (2004). На основе учета преобладающих черт характера и поведения было выделено три типа личности: шизоидный, астенический, неустойчивый.

При шизоидном типе личности в подавляющем большинстве первое употребление первитина отмечалось в возрасте 14-16 лет, причем у большинства — сразу внутривенно. Формирование патологического влечения к наркотику, а затем синдрома отмены происходило очень быстро (15-30 дней). Средние дозы первитина составляли 12-16 мл/сутки. Для пациентов этой группы была характерна циклическая форма употребления. Кратность введения наркотика во время очередного цикла составляла 5-6 инъекций в сутки каждые 4-5 часов. Ритм наркотизации был следующим: 2-3 суток с периодом отдыха, длившимся 4-6 суток. Синдром отмены развивался через 24-36 часов после

последнего введения препарата и проявлялся умеренными психопатологическими, вегетативными, соматическими и выраженными астеническими и неврологическими расстройствами. Их интенсивность уменьшалась на 3-й день. Однако их редукции не происходило даже на 14-й день после начала лечения.

При преобладании астенических черт употребление первитина впервые происходило в возрасте 16-18 лет. Патологическое влечение формировалось через 1-1,5 месяца приема. Здесь больные принимали наркотик непрерывно. Средние дозы первитина у них составляли 4-6 мл/сутки. Кратность введения была равна 2-3 инъекциям в сутки преимущественно в дневные часы. Синдром отмены развивался через 8-12 часов после последнего приема наркотика и характеризовался умеренно выраженными астеническими, вегетативными, неврологическими и значительными психопатологическими и алгическими расстройствами. Ослабление тяжести психопатологических проявлений абстинентного синдрома происходило на 3-й день лечения, хотя астенические, вегетативные, неврологические и алгические расстройства уменьшались лишь к 14 дню лечения.

У больных с неустойчивыми чертами первое употребление первитина относится к возрасту 17-20 лет. Патологическое влечение формировалось в течение 2-2,5 месяцев. Длительность злоупотребления наркотиком составляла примерно полтора года. Препарат вводился непрерывно, 2-3 инъекции в сутки, преимущественно в дневные часы. Средние дозы составляли 1-2 мл/сутки. Синдром отмены возникал через 10-14 часов после прекращения наркотизации. Он был представлен слабо выраженными астеническими, неврологическими, умеренными вегетативными, алгическими и значительными психопатологическими нарушениями. Уменьшение вегетативных и психопатологических проявлений происходило на 3-й день терапии. На 14-й день наблюдалась полная редукция всех вышеперечисленных расстройств.

15.6. Фенилпропаноламиновая наркомания

В последние 5 лет в молодежной среде получила распространение наркотизация кустарно изготовленным препаратом на основе фенилпропаноламина. Фенилпропаноламин входит в качестве основного компонента в состав капсул «Колдакт» производства Natco Pharma Ltd., «Колдар» производства Aurobingo Pharma Ltd., «Эффект» производства Rusan Pharma. Эти препараты используются для симптоматического лечения ринитов, синуситов и других состояний, связанных с острыми респираторными инфекциями. Они имеют идентичный состав: фенилпропаноламина гидрохлорид (симпатомиметик) 50 мг и хлорфениламина малеат (антигистаминный препарат) 8 мг. Фенилпропаноламин и его соли наряду с эфедрином входят в «Список прекурсоров — IV», подлежащих контролю в РФ (Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998). Препараты, полученные путем кустарной химической обработки официально разрешенных средств, содержащих фенилпропаноламин, рассматриваются как наркотики. Наркотическим действием обладает катинон, относящийся к амфетаминоподобным веществам с одурманивающим и стимулирующим ЦНС эффектом. Среди наркоманов этот препарат называется «мулька». Он представляет собой жидкость светло-желтого цвета.

15.6.1. Клиника острой интоксикации

Опьянение при первых приемах наступает в процессе внутривенного введения I-2 мл «мульки» или сразу же после инъекции (Найденова и др., 2000). Оно сопровождается ощущениями теплой волны в теле, приятного познабливания, движения волос на

голове, необычной легкости, состоянием радости и блаженства. Речь идет о «приходе» — первой фазе интоксикации. В этот момент опьяневший избегает посторонних воздействий, предпочитает сидеть или лежать с закрытыми глазами, старается сосредоточиться на своих переживаниях, погружаясь в мир иллюзий. Время для него течет быстро, ориентировка в месте и собственной личности не нарушена, речь дизартрична. Длительность первой фазы интоксикации составляет 3—5 минут.

Вторая фаза интоксикации характеризуется повышенным фоном настроения. Отмечаются «необычный прилив сил и энергии», «слияние с окружающим миром». Появляется желание поговорить «на любую тему», хотя сами разговоры в ходе общения происходят вяло. В голове много идей, мыслей, текущих плавно, не прерываясь. Деятельность опьяневших непродуктивна, сводится к малосодержательным беседам, во время которых они много курят, слушают музыку, смотрят телевизор, занимаются изготовлением очередной порции наркотика. У начинающих наркоманов эта фаза длится до 6 часов.

Количество введений у лиц, приобщающихся к приему «мульки», составляет 2, реже 3 раза в день. Опьянение «мулькой» имеет сходство с таковым при употреблении эфедрона, однако в его структуре отсутствуют моторная активность, бессмысленная суетливость, повышенная сексуальность, прилив творческой активности, энергии, «скачка» мыслей и идей. Опьянение в целом протекает более спокойно. В этом состоянии обращает на себя внимание внешний вид человека: лицо бледное, гипомимичное, сухие губы, глаза тусклые, «стеклянные», зрачки с вялой реакцией или ее отсутствием на свет, конвергенция, аккомодация затруднены. Характерно легкое нарушение координации в статических пробах при отсутствии тремора. При объективном обследовании выявляются умеренная гипертензия, тахикардия (до 120 ударов в минуту). При передозировке препарата на любом этапе злоупотребления «мулькой» в результате нарушения сердечного ритма возможна внезапная смерть. Повторная интоксикация у начинающих заканчивается сонливостью, легко переходящей в глубокий сон длительностью 12-18 часов. После пробуждения пациенты в течение 8-12 часов испытывают вялость, слабость, тяжесть в голове, подавленность.

15.6.2. Клинические проявления зависимости

Период эпизодического приема «мульки» составляет обычно от 2 до 5 разовых инъекций. У большинства пациентов он отсутствует, поскольку они сразу же после первой пробы начинают регулярно (3-4 раза в неделю) вводить наркотик. Это свидетельствует о систематическом его приеме, что быстро приводит к формированию психической зависимости.

Препарат обычно употребляют в группе. С момента ежедневного приема весь распорядок дня пациентов выглядит следующим образом: с утра они достают медикаменты (капсулы), затем готовят и употребляют раствор (в течение 8 —12 часов). После пробуждения их беспокоят головные боли, тяжесть в голове, плохое настроение, слабость. Такое состояние сопровождается желанием принять «мульку». В связи с этим вновь начинается поиск медикаментов, и все повторяется.

Через 3-4 недели ежедневного приема меняется клиническая картина опьянения. 1-я фаза укорачивается до 1-2 минут, ее проявления становятся менее интенсивными. Чтобы испытать прежние ощущения, пациенты увеличивают дозу препарата до 4-6 мл на прием. Продолжительность 2-й фазы опьянения становится другой, от 1 до 2 часов. По этой причине увеличивается частота приема «мульки» до 3-4 раз в сутки с ростом суточной толерантности до 15-20 мл препарата.

13 Зак. 3806

Спустя 1,5-2 месяца ежедневного приема формируются проявления физической зависимости. Если больные с утра не могут принять «мульку», то через 6-7 часов после последней инъекции появляются потливость, слезо- и слюнотечение, нарушается сон, аппетит, развивается апатическая депрессия. Больных беспокоят «подкручивающие» боли в поясничной области, коленных и голеностопных суставах. Выраженность алгической симптоматики зависит от давности злоупотребления «мулькой». Продолжительность абстинентного синдрома — 2-3 недели. На этом этапе заболевания происходит дальнейшее повышение разовой толерантности до 8-10 мл и суточной — до 50-80 мл препарата. Частота его приема увеличивается до 6-8 раз в сутки. Первая фаза интоксикации укорачивается до 1 минуты, вторая — до 1 часа. Исчезает фаза сна. Чтобы уснуть, больные принимают снотворные.

15.6.3. Неврологические нарушения

Через 2-3 месяца ежедневного приема начинают развиваться и быстро прогрессировать неврологические нарушения, обусловленные токсическим действием «мульки». Специфичность инвалидизирующих неврологических осложнений, проявляющихся в виде тяжелого амиостатического синдрома, подкорковой энцефалопатии (связана с действием марганца, включенного в состав наркотика), поражения базальных ганглиев головного мозга (данные МРТ), позволила И. А. Носатовскому (2003) выделить фенилпропаноламиновую наркоманию среди других видов зависимостей.

Проведенные электрофизиологические исследования выявили существенные изменения нейродинамики в виде недостаточности неспецифической активирующей системы мозга, дисфункции диэнцефально-стволовых структур, ирритации глубинных структур, что может соответствовать клинической картине мультисистемного поражения ЦНС (Волошина и др., 2004).

Свидетельства поражения ЦНС — проявления орагнического психосиндрома. Они включают астенические, эмоционально-волевые нарушения, снижение уровня личности или интеллектуально-мнестические расстройства с утратой критики, прежних интересов, социальной декомпенсацией.

15.6.4. Лечение наркоманий, вызванных кустарными стимуляторами

Лечение больных, страдающих зависимостью от стимуляторов, должно быть комплексным, с учетом этапа и клинических проявлений заболевания (Носатовский, 2004). С дезинтоксикационной целью применяют унитиол и тиосульфат натрия. Для купирования обострения патологического влечения к наркотику назначают нейролептики тиапридал, рисполепт. При депрессивных расстройствах используют анафранил, коаксил, пиразидол, ремерон. Больным с проявлениями токсической энцефалопатии, обусловленной приемом стимуляторов, проводят курсы внутривенных вливаний церебролизина, ноотропила. Применяют также витамины группы В, аскорбиновую кислоту, глицин, гепатопротекторы. Хорошие результаты при терапии когнитивных расстройств отмечаются при использовании препарата акатинола-мемонтина. При коррекции экстрапирамидных расстройств эффект наблюдается в результате приема холинолитических средств в сочетании с препаратами группы амантадина (мидантан, ПК-мерц).

Терапия абстинентного синдрома при наркоманиях, вызванных стимуляторами, должна быть комплексной. Она проводится дифференцированно и зависит от клиники (Кардашян, 2005). Больным назначают дезинтоксикационную (глюкоза, гемодез, тиосульфат натрия), дегидратационную (сульфат магния), а также витаминотерапию. Введение пролонгированных форм нейролептиков (клопиксол-депо или пипортил) оказывает мощный антипсихотический эффект. В раде случаев возможно включение в схему лечения нейролептика эглонила с растормаживающим действием и антиконвульсанта финлепсина для уменьшения психопатологической симптоматики. С целью воздействия на алгический компонент внутривенно вводят контрикал. Для нормализации обменных процессов и восстановления активности синтеза нейромедиаторов назначают анаболические стероидные гормоны (ретаболил). Одним из патогенетически обоснованных средств терапии считается бромкриптин. Будучи антагонистом дофаминовых рецепторов, он эффективно воздействует на проявления абстинентного синдрома. Применяют также пирроксан (альфа-1-адреноблокатор). Для восстановления иммунологического статуса используют тималин. Целесообразно назначать кардиопротекторы (рибоксин, АТФ), бета-адреноблокаторы (анаприлин). Они снижают частоту сердечных сокращений, ослабляют тревогу и снимают сопутствующее ей возбуждение. Применение леривона оказывает влияние на тревогу, страх, раздражительность, пониженное настроение, нарушения сна. Антидепрессант со стимулирующим действием мелипрамин редуцирует депрессивные расстройства. Для воздействия на симптомы астении проводят курсовое лечение препаратами нейрометаболического ряда. Предпочтение отдают фенибуту, относящемуся к ноотропам с седативным действием. При лечении соматических расстройств используют гептрал с гепатопротектективным и антидепрессивным эффектом. Для терапии нарушений функций нервной системы применяют парентерально витамины группы В.

15.7. Наркомания, обусловленная приемом «экстази»

Метилендиоксиметамфетамин (МДМА) — активное вещество в «экстази» (ХТС) — был впервые синтезирован в 1900 г. Затем интерес к этому веществу пропал и возобновился в 1970-е гг. Тогда его использовали в качестве вспомогательного средства при проведении психотерапии, что делало пациентов более открытыми и разговорчивыми. Примерно с этого же времени МДМА стал популярным у «отдыхающих и развлекающихся». В 1981 г. МДМА получил название «экстази» или ХТС. «Экстази» стимулирует процесс общения, повышает физическую выносливость. По этой причине он стал средством «на выход», «тусовочным горючим», его прием связан с самой популярной в последнее время танцевальной музыкой в стиле «хаус». «Экстази» — один из наиболее употребляемых наркотиков. По данным опроса, проведенного в Нидерландах в 1997 г., «экстази» хотя бы один раз пробовали 2% населения в возрасте 12 лет и старше. Преимущественно же его употребляют в возрастном диапазоне 16-35 лет, причем мужчины делают это в 2 раза чаще. Уровень потребления «экстази» выше в городах. Среди лиц, участвующих в молодежных развлекательных мероприятиях с танцами в стиле «хаус», «экстази» принимали 64% опрошенных.

«Экстази» употребляют в виде таблеток. Его химическая структура и эффект сходны с метамфетамином. Прием «экстази» усиливает эмоции, вызывает чувство эмпатии. Стремление к общению связано с массивным высвобождением серотонина, а стимулирующий эффект обусловлен выбросом дофамина.

Опьянение проявляется необычным подъемом, способностью «танцевать всю ночь напролет». Возможны иллюзорные обманы восприятия, визуализация представлений,

сексуальное возбуждение. Мозг как бы затуманен, ускоряется течение мыслей. После окончания действия наркотика отмечаются слабость, сонливость, подавленное настроение, боли в мышцах.

Существует мнение, что употребление «экстази» не приводит к формированию зависимости. Однако необходимость увеличения дозы для достижения желаемого стимулирующего эффекта свидетельствует об обратном. Подтверждением этого служит обращение потребителей ХТС за наркологической помощью.

Сразу после приема «экстази» могут быть побочные эффекты, которые следует рассматривать в рамках защитных реакций организма на первые введения психоактивного средства. Они проявляются покалыванием в теле, усилением потоотделения, сухостью во рту, туманом в глазах, тошнотой, удушьем и даже потерей сознания. Самый неприятный побочный эффект «экстази» — бруксизм (зубной скрежет и сведение челюстей).

Осложнения от приема «экстази» делят на острые и хронические. Острые возникают во время или вскоре после приема «экстази». К ним относят синдром МДМА, острый параноидный психоз, приступ паники, депрессивное расстройство. Синдром МДМА характеризуется изменением сознания, судорогами, нестабильностью кровяного давления, тахикардией и гипертермией (температура тела поднимается до 43°С). Возможен летальный исход. Острый параноидный психоз обычно развивается при высоких дозах и в результате длительного употребления наркотика. Хронические осложнения от приема «экстази» могут быть в виде хронического панического расстройства, тяжелых длительных депрессий.

У лиц, употребляющих «экстази», обнаруживают нарушения памяти и внимания, в личностном профиле — черты импульсивности и агрессивности.

15.8. Кофеиновая токсикомания

Высокие дозы кофеина вызывают возбуждение, повышение настроения, продолжающиеся в течение нескольких часов. Систематическое его употребление способствует формированию кофеиновой токсикомании. После прекращения приема кофеина появляются головные боли, бессонница, кошмарные сновидения. У некоторых больных в этом состоянии наблюдаются судорожные припадки, подергивания икроножных мышц, дрожание языка, пальцев, нарушения ритма сердечной деятельности, сопровождающиеся тревогой, чувством страха. Длительное злоупотребление кофеином способствует снижению потенции у мужчин, формированию торпидного мышления.

Особая разновидность кофеинизма, именуемая «теизм», вызывается концентрированным отваром чая (чифирем). Действующее начало последнего — кофеин. После приема чифиря спустя 30-40 мин наступают явления опьянения: повышенное настроение, ускорение мыслительных процессов, двигательное возбуждение. Опьяневший чрезмерно работоспособен, у него отсутствует усталость, легко возникают ассоциации, представления. Мысли обычно приятного содержания, но в некоторых случаях отмечается депрессия. Действие чифиря продолжается 4-5 часов. При длительном его приеме постепенно меняется личность, появляются колебания настроения, недержание аффектов, сужение круга интересов.

ГЛАВА 16

НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Курение табака остается до настоящего времени широко распространенным явлением в России. Несмотря на запретительные меры, положенные в основу борьбы с курением, в России курят 60% мужчин и 25% женщин (Павлов, Головаха, 1995; Prokhorov, 1997). Отмечается неуклонный рост систематического курения среди детей, подростков в возрасте 9-12 лет (Луйга, Тур и др., 1995; Скворцова, Кутина и др., 1995).

Если распространенность курения табака обусловлена психостимулирующими и седативными свойствами никотина, то одной из причин невозможности самостоятельного избавления от этой привычки является табачная (никотиновая) зависимость, широко распространенная среди систематических курильщиков.

В перечне Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) курение табака зафиксировано в разделе F10-19 — «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» в рубрике F17 — «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака», под кодом F1 х,2 — «Синдром зависимости».

Табачная зависимость, по данным отечественных и зарубежных исследователей (Sershen, 1985; Ovide, 1988), наблюдается в 25-90% случаев среди лиц, систематически курящих табак. Существованием табачной зависимости как клинической формы патологии объясняется малая эффективность прекращения курения табака среди населения (Sershen, 1985; Nordberg, 1986; Srechsson, 1986). Другие исследователи изучали курение табака с позиции его развития, описывая стадии табакокурения.

16.1. Клинические особенности

Так, на первой стадии (Пономарева, 1960), на начальной стадии (бытовое курение) (Филатов, Андрух, 1977), в начальной форме (Качаев и др., 1982), в преклинической стадии (Морозов и др., 1982) отмечались психологическая потребность к курению и отсутствие абстиненции. Курение табака сопровождалось незначительной вегетативно-сосудистой симптоматикой. На этой стадии курение было нерегулярным, в среднем до 5 сигарет. Длительность первой стадии колебалась от одного года до пяти лет.

Вторая стадия, по данным этих же исследователей, характеризовалась повышением толерантности к табаку. Количество выкуриваемых табачных изделий за день возрастало до 20 штук. На этом этапе возникала «отчасти физическая зависимость» (Андрух, 1977). Абстиненция была выражена умеренно, появлялась психосоматическая патология. Тяга к курению табака сочеталась с раздражительностью, снижением физической и умственной деятельности, нарушением сна. Появлялись головные боли и головокружения, возникали диспепсические расстройства (Морозов, Ромасенко, 1982). Интенсивность абстиненции зависела от длительности курения, количества выкуриваемых сигарет и инди-

видуальных особенностей курящих (Морозов, Стрельчук, 1983). Вторая стадия длилась 15-20 лет (Пономарева, 1965), а по данным И. В. Стрельчука — до 40 лет.

Появление никотинового синдрома исследователи относили к третьей стадии, характеризующейся высокой толерантностью, появлением непреодолимого влечения к курению табака и тяжелым абстинентным синдромом. Возникала физическая зависимость к курению. На этой стадии наблюдалась астено-невротическая симптоматика. Количество выкуриваемых сигарет достигало 30-50 штук в день.

Н. А. Пономарева (1965), Г. В. Морозов и И. В. Стрельчук (1983) отмечали на этой стадии сочетание выраженной тяги к курению табака с уменьшением количества потребляемых табачных изделий.

Более сложные клинические закономерности развития табачной зависимости были раскрыты в работах В. К. Смирнова (1985, 1988). Курение табака рассматривалось автором в качестве модели для исследования патологической зависимости как биосоциального явления. С клинических позиций была проведена дифференцированная диагностика между привычкой к курению и табачной зависимостью. Были показаны сложные взаимоотношения между социальной средой и формированием курения табака, и биологическим факторам (преморбид, реактивность) отводилось ведущее место в становлении клиники табачной зависимости. Исследователем были выделены и описаны формы табачной зависимости: диссоциированная, психосоматическая, идеаторная; типы течения — постоянный и периодический.

Была изучена внутренняя структура синдрома патологического влечения к курению табака, описан синдром отмены. Дальнейшие исследования (Смирнов, Соколова, 1991) показали, что особенности клиники и психопатологии табачной зависимости, ее становления и формирования, обратной клинической динамики под влиянием терапии, состояния ремиссий и рецидивов курения в своей совокупности свидетельствовали о том, что никотинизм — это хронически текущий психопатологический процесс. Он протекает на субклиническом уровне, который на высоте своего развития приобретает черты сверхценности, определяющие поведение больных, направленное на поиск табака и его курение.

Влияние никотина на нервную систему характеризуется слабовыраженным возбуждением, а затем депрессией. Наряду с биохимическими и гормональными изменениями при курении табака наблюдались психофизиологические и психофармакологические отклонения. Они возникали как при проведении эксперимента, так и в популяции курящих лиц (Domino, 1983; Henningfild et al., 1983; Knoff, 1988). У курящих лиц никотин вызывал смягчение реакции на психологический стресс. Одновременно после выкуривания сигареты наблюдалось уменьшение тревоги и болезненных ощущений из-за регулирующего влияния курения табака на акт тормозного контроля у интравертов (по тесту Айзенка) и его активирующее действие на моторные процессы у экстравертов (O'Connor, 1983; Lyvers, Boyd etal., 1987).

В исследованиях курящих и некурящих лиц (Heishman, 1998) получены свидетельства о том, что никотин вызывает истинное повышение некоторых показателей внимания и когнитивной функции. Однако нет свидетельств о повышении эмоциональности, избирательного внимания и других когнитивных способностей.

Седативное действие, приписываемое курению сигарет, было обусловлено действием никотина на возникающие симптомы абстиненции у курильщиков с никотиновой зависимостью, а не седативным воздействием самого курения (Brett, 1982).

Выяснилось, что никотиновая абстиненция вызывает явные психические нарушения, и степень их выраженности связана с толерантностью к никотину (Hughes, Hatsukami, 1986).

Табачная зависимость, будучи психопатологическим образованием, часто сосуществует с другими психическими расстройствами. По данным В. К. Смирнова (1993), к психиатрическим аспектам проблемы табачной зависимости относится имеющаяся у 70% больных гетерогенная психопатологическая симптоматика, составляющая основу параллельно текущего второго эндогенного процесса. Он обнаруживает себя в появлении новой доминанты, формирующей необходимость остановки курения табака. Клинический психопатологический анализ мотивов прекращения курения табака показал их неоднородность и многообразие. В основе этого мотива у подавляющей части изученных больных находятся сформированные клинические синдромы, не относящиеся к клинической картине табачной зависимости. Известен синдром тревожной ипохондричности, тревожно-фобический симптомокоплекс, деперсонализационный синдром, тревожно-депрессивный синдром, смешанный аффективный синдром при данной зависимости.

Другие исследователи отмечают корреляцию между клиникой табачной зависимости и клиникой основных психических заболеваний. Так, В. Д. Менделевич и А. Т. Кулагин (1991) на основании обследования больных шизофренией и эпилепсией, курящих табак, описали структуру никотинизма и проанализировали мотивы курения табака. Они обнаружили связь между увеличением интенсивности курения и нарастанием тревоги, а также усилением симптомов нейролептического синдрома, в частности акатизии.

К. С. Murphy et al. (1996), J. De Leon (1996) описывают высокую распространенность курения табака среди психически больных. По их самонаблюдениям, курение табака уменьшает агрессивные тенденции, тревогу, ослабляет седативный эффект психотропных препаратов. Так, психически больным мужчинам и женщинам, курящим табак, хлорпромазин или комбинацию нейролептиков для достижения терапевтического эффекта приходится назначать на 30-50% больше, чем некурящим, что отрицательно сказывается на общем состоянии организма (Luczynska, 1983; Vinarova et al., 1984). Повышенная терапевтическая резистентность, по мнению авторов, связана с увеличением ферментативной активности и ускоренным метаболизмом лекарств, обусловленных курением табака. Фармакологические исследования (D"Arey, 1984) также свидетельствует об участии курения табака в метаболизме большого числа лекарственных средств путем повышения клиренса, что, в свою очередь, снижает эффективность действия лекарственных препаратов.

Отмечается (De Leon, Dadvand et al., 1995), что более 80% больных шизофренией курят вследствие или самого заболевания, или терапии нейролептиками. По мнению авторов, заболевание шизофренией повышает риск табакокурения, но и значительно увеличивает интенсивность курения табака.

Подчеркивается, что распространенность курения табака среди психически больных составляет 80%, в то время как в общей популяции — только 28% (Polgar et al., 1996). Прекращение табакокурения у больных с психическими расстройствами может сопровождаться усилением симптоматики их основных нарушений, т. к. синдром лишения никотина включает бессонницу, тревожность, депрессию, раздражительность. По данным А. М. Рапопорта, Д. М. Лахмана(1983), прекращение курения табака у психически больных протекало наиболее тяжело по сравнению с лицами без психических расстройств. Остро возникала бессонница ночью или сонливость днем, головные боли, головокружения, двигательное возбуждение, мучительное стремление закурить, выраженная раздражительность, депрессия, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

При хроническом алкоголизме распространенность курения табака почти в 2 раза выше, чем у практически здоровых лиц (Мархоцкий, Максимчук, 1986). По данным авторов, хронический никотинизм формируется при хроническом алкоголизме в более ран-

нем возрасте, у таких людей выше интенсивность курения. По мнению О. Горбунова (Gorbounov et al., 1997), высокая распространенность курения табака при алкоголизме может быть обусловлена участием никотинхолинергической системы в патогенезе этаноловой зависимости.

Для исследования связи психических расстройств и особенностей личности с курением сигарет был проведен структурный опрос по критериям DSM-III-R (Yates et al., 1997). Никотиновая зависимость ассоциировалась с повышенным риском аффективных расстройств, личностными нарушениями, наркотической зависимостью.

Была выявлена связь между депрессией и началом курения (Escobedo Luis et al., 1996). Было обнаружено, что угнетенное настроение, депрессия в анамнезе были фоном, на котором возникало курение в детском, подростковом периоде и в юности. S. Carton, R. Jouventetal. (1992) провели многопрофильное исследование связей между эмоциями и курением при депрессии. Они выявили корреляции между степенью зависимости и интенсивностью курения с избеганием отрицательных эффектов, включая страх и раздражительность у женщин, увеличение интенсивности курения, связанного с отрицательными эмоциями печали, гнева и отвращения, курением при склонности к огорчениям, к депрессии и тревожным состояниям у женщин. У мужчин была обнаружена связь курения с повышением уровня двигательной и умственной активности. Отмечалась положительная связь между депрессией и интенсивностью курения (Aneshensel et al., 1983; Hughes etal., 1986).

В то же время антидепрессивное лечение оказывало лишь минимальное воздействие на ежедневное употребление никотина (Worthington et al., 1996). Для выяснения отношения депрессии к успеху/неудаче курса лечения по прекращению курения с помощью опросника POMS исследовалось эмоциональное состояние курильщиков, решивших бросить курить (Rausch, Nichinson, Lamke, Matloff, 1990). Выявленный уровень депрессии у испытуемых, которые оказались не в состоянии бросить курить, был значительно выше, чем у тех, кто прекратил курение табака. Наличие стимулирующего и седативного эффектов от курения отмечалось К. Behncke et al. (1981) с указанием на положительную роль курения для поддержания общительности и быстрого успокоения при психогенных расстройствах. Таким образом, существование аффективных расстройств у лиц, курящих табак, подчеркивается в подавляющем большинстве исследований. Известно также, что в клинике табачной зависимости аффективные расстройства широко представлены в структуре синдрома отмены, когда больной полностью прекращает курение табака.

В руководстве «Клиническая психиатрия» из «Синопсиса по психиатрии» (1994) даются следующие диагностические критерии никотинового абстинентного синдрома. При резком прекращении потребления никотина через 24 часа появляются основные признаки абстинентного синдрома: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; рассредоточенность внимания; беспокойство; понижение скорости сердечных сокращений; повышение аппетита и прибавка массы тела.

Согласно «анкете жалоб», разработанной американскими исследователями (Shnaider etal., 1984), пациенты отмечали у себя после прекращения курения появление раздражительности, враждебности, тревоги, депрессии, фрустрации, беспокойства, нарушение сна, колебание настроения, влечение к курению. Указанные симптомы отражают в своей совокупности синдром отмены или лишения (Grossboni, I984). К ним относятся: непреодолимое желание курения, раздражительность, лихорадка, напряжение, бессонница, избыточный вес тела, нарушение концентрации внимания, расстройства функции ЖКТ, сонливость, снижение работоспособности, замедление ЭЭГ, брадикардия, гипо-

тензия, головная боль. Констатировалось (Stumfe, 1984) при обратном развитии синдрома исчезновение таких симптомов, как раздражительность, агрессивность у 46,3% исследованных в первый день отказа от курения табака, на второй день — у 41,5%, на третий — у 34,7% , на четвертый — у 28,2%. Синдром «лишения» является основным препятствием к полному прекращению курения табака. При анализе исследований установлена существенная закономерность — отрицательная динамика конечных результатов лечения. Она проявляется в виде прогрессирующего увеличения числа курящих лиц при значительном уменьшении сроков ремиссии после окончания лечения.

C. Pomerleau с соавт. (1996) предложили тест прогнозирования депрессии в качестве симптома лишения (при прекращении) курения. Применение шкалы депрессии (CbS-D) не обнаружило выраженной симптоматики подверженности курильщиков депрессии после прекращения курения. Более проявились депрессивные состояния у женщин. Синдром «лишения» или «отмены» включает возникновение после прекращения курения табака стремления к повторному курению, раздражительность, трудность концентрации внимания, расслабленность, головную боль, головокружение, желудочные расстройства. Указанные нарушения возникают в течение двух часов после последней выкуренной сигареты.

О более тяжелых симптомах лишения никотина сообщали лица, отмечавшие в анамнезе депрессию и тревожность (Breslau, Kibey, Andresky, 1992).

В развернутом виде синдром патологического влечения к курению табака представляет собой четко очерченный психопатологический симптомокомплекс, включающий идеаторный, вегетативно-сосудистый и психический компоненты (Смирнов, 1988). Психический компонент синдрома патологического влечения выражается невротическими расстройствами в виде астенических и аффективных нарушений. При прекращении курения возникают в разной степени выраженности психогенные астенические реакции с преходящей утомляемостью, истощаемостью, неусидчивостью, раздражительной слабостью, расстройствами сна, аппетита, снижением работоспособности и самочувствия. Аффективные нарушения преходящи, неглубоки, носят характер стертой астенической или тревожной субдепрессии. В период прекращения курения табака пациенты нередко жаловались на подавленность, слабость, слезливость, раздражительность, тревогу, беспокойство. У некоторых больных настроение приобретало дистимический оттенок с гневливостью и недовольством. Закуривание в течение 1-3 мин дезактуализировало все компоненты патологического влечения (Смирнов, Соколова и др., 1991).

Большинство авторов отрицает специфическую для курильщиков структуру личности. Другие отмечают, что заядлые курильщики раздражительны, вспыльчивы, нетерпимы, ранимы, склонны к реакциям подавленности. Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе, стимуляторы (Шпиленя, 1979). Курение в стрессовой ситуации (Гафарова, Гагулина, 1988; Gilbert, 1980) положительно коррелировало с интроверсией курящего лица, но не с экстраверсией. Лица, курящие табак (Gilbert, 1980), отличаются от некурящих психологически тем, что первые чаще разводятся или покидают семью, более импульсивны, менее образованны, экстравертированы, враждебны и более склонны к употреблению алкоголя.

Некоторые исследователи рассматривают участие в механизмах становления курения табака биологических факторов, в том числе наследственности (Murray, Kiryluk, Swan, 1985; Ермолова, 1993).

Указывалось на возможную предрасположенность личности к курению табака (Шемякина, Жуков и др., 1990; Brook etal., 1984; Higenbottametal., 1984; Seltzer etal. 1985). Курящие лица хуже контролировали свои импульсы, у них слабо развито чувство ответ-

ственности и независимости, для них более свойственен высокий уровень конфликтных отношений с окружающими. В. Спасова,С. Тотчева(1986) отмечали, что у курильщиков более выражены невротические расстройства и экстравертированность, снижен интрапсихический контроль. У курильщиков преобладали такие личностные особенности, как гневливость, беспокойство во время сна; курящие подростки имели более низкий социоэкономический статус, хуже выполняли некоторые психологические тесты. Подчеркивалось (Seltzer et al., 1985), что продолжение курения зависело в большей степени от индивидуальных особенностей курящего, а не от социальных факторов.

Вопросы существования преморбидных черт, способствующих возникновению синдрома патологического влечения к курению, изучаются в отечественных исследованиях (Смирнов, 1987). В литературе наибольшее число исследований приходится на изучение мотивов начала курения табака (Friedman, 1985; Cooreman, Nenkirch, Perdrizet, 1987; Ермолова, 1993), продолжения курения (West, Russell, 1985; McNeill, 1986; Livson, Leino, 1987). Значительно меньше изучаются мотивы прекращения курения. При этом Л. С. Шпиленя (1979) выделил шесть главных психологических факторов в мотивах начала курения: ощущение стимуляции, прилива сил при закуривании; чувство расслабления после стрессовых ситуаций; для налаживания межличностных контактов; курение «за компанию», если кто-то курит рядом; уменьшение раздражительности и вспыльчивости; наркоманическая зависимость, т. е. курение для снятия абстинентных симптомов. Большую вероятность продолжения курения связывают скорее с улучшением настроения и борьбой с бессонницей, чем с облегчением дискомфорта от лишения (Berslau et al., 1992).

Курение табака представляет собой сложный процесс, на который оказывают влияние экономические, социальные, психологические, генетические и фармакологические факторы (Смирнов, 1987; Jaffe et al., 1986; Stumfe, 1987). Ведущее место в данном процессе отводится никотиновой зависимости, возникающей из-за психотропного и других фармакологических эффектов никотина (Stumfe, 1987; Henningfield, 1988; Murray, 1991). Возникновение зависимости резко снижает эффективность медицинской помощи. В значительной степени это вызвано существованием резистентности к терапии синдрома патологического влечения к курению табака и наличием гетерогенной психопатологической симптоматики, сопровождающей основные синдромы зависимости (Смирнов и др., 1991). Таким образом, решение проблемы табакокурения должно осуществляться комплексно с использованием системного подхода.

Наши (А. Р. Гарницкая) клинико-психопатологические и экспериментально-психологические исследования 180 лиц с табачной (никотиновой) зависимостью показали такие результаты. По данным психологических обследований, личность зависимого от табака с возбудимыми (эпилептоидными) чертами характера отличает мотивация, направленная на достижение успеха. Его поведение мотивировано внутренней убежденностью и собственными взглядами на имеющиеся проблемы. У таких людей отмечается выраженность эмоциональных проявлений, сильные эмоции легко меняются на противоположные по знаку. Легко возникает чувство враждебности и обиды по отношению к противодействующему окружению, стремление не уступать своих позиций, отстоять справедливость и право на самостоятельность в принятии решений. Неудовлетворенность собой и другими в серьезных делах контролируется, в мелочах может проявиться раздражительностью, требовательностью. Стиль межличностного поведения у эпилептоидных личностей таков, что высказывания и поступки могут опережать их продуманность. Кроме того, таких людей отличает неконформность, избирательность в контактах, Это осторожные люди, оказывающие пассивное сопротивление в отношении непроверенных новшеств. Самые яркие черты характера этих людей — аккуратность, обидчивость, соревновательность, упрям-

ство, вспыльчивость, обидчивость. В дополнение к этому приверженность традициям, отсутствие непосредственности в поведении и высказываниях. При эмоциональном перенапряжении возникают реакции с импульсивными высказываниями и поступками, протестным поведением, нарушением нормальных, общепринятых форм взаимодействия, может развиться депрессивное состояние, ухудшиться самочувствие.

Психастенические характерологические особенности отмечались в 42,2% случаев. Для личностей данного типа характерно избегание неудачи, склонность к грусти, к глубоким переживаниям по поводу неудач, чувствительность к воздействиям окружающей среды, сдержанность эмоциональных проявлений. Отмечается тенденция к застреванию на мелочах и повторной перепроверке сделанного, чтобы избежать ошибки. Данной группе больных были свойственны: впечатлительность, чуткость, глубина переживаний, неудовлетворенность собой, вдумчивость. Эти люди отличались неуверенностью в себе, склонностью к повышенному чувству вины; неустойчивой, заниженной самооценкой, умением сопереживать другим, повышенной впечатлительностью, чувствительностью к средовым воздействиям. Для этих личностей характерна застенчивость и щепетильность в вопросах морали и нравственности, малообщительность, конформность установок. Они пытались скрыть особенности своего характера и наличие проблем.

Истерические черты характера были отмечены в 38,9% случаев. Для личностей данного типа характерны неустойчивая эмоциональная сфера, впечатлительность, восторженность, яркость проявления чувств, умение подражать, богатство мимики и интонаций. Стиль межличностного поведения выражался гибкостью в построении отношений с людьми, тенденцией придавать большое значение своей социальной позиции, вопросам престижа. Им было свойственно умение легко вживаться в разные социальные роли, стремление к подчеркиванию своей самоотверженности, бескорыстности по отношению к людям. Лица с истерическими чертами характера в стрессовой ситуации пытаются находить причину неудачи в обстоятельствах и неправильных действиях других людей, относят свои неудачи за счет внешних обстоятельств. Такие больные стремились реализоваться как личность. Они отличались честолюбием, артистичностью, тщеславием, повышенной эмоциональностью, демонстративностью.

Шизоидные черты характера наблюдалась в 37,1% случаев. Поведение личностей данного типа мотивировано внутренней убежденностью и собственными взглядами на имеющиеся проблемы. Им свойственна недостаточная теплота эмоций, преобладание рассудка над чувствами. Они склонны к грусти, к глубоким переживаниям по поводу неудач, чувствительны к воздействиям окружающей среды. Им присущи: неконформность, избирательность в контактах, недостаточная коммуникабельность.

Паранойяльные черты характера отмечены у 40% исследованных лиц. Для них характерны обидчивость, соревновательность, упрямство, подозрительность, охваченность тем, что представляется самым важным делом в жизни, умение увлечь других своими идеями. Они принципиальны, стремятся быть лидерами, болезненно относятся к критическим замечаниям. Такие лица обладают повышенным чувством справедливости, упрямством, памятливостью на обиды.

Фазовые колебания настроения диагностировались у 27,6% пациентов.

На момент исследования средняя длительность систематического курения табака в основной группе составила 25,5±1,8 лет. В контрольной группе — 15±3,2 лет. Средняя интенсивность курения в основной группе определялась 21,7± 1.9 сигаретами в сутки, в контрольной группе — 17,4±2,8 сигаретами в сутки. Таким образом, в основной группе лиц интенсивность и длительность систематического курения по сравнению с контрольной группой была большей.

Первые пробы курения в основной группе у 96 человек (80%) были отмечены в курящей компании. На фоне сниженного настроения первая проба наблюдалась у 9 человек (7,5%) в возрасте от 6 до 25 лет. На фоне гипертимии, в рамках фазовых колебаний настроения первая проба курения отмечена у 14 человек (11,7%) в возрасте от 12 до 30 лет. Возрастание интенсивности курения в основной группе изученных больных у 72,5% происходило на сниженном эмоциональном фоне вследствие психотравмирующих ситуаций, у 30% пациентов — на фоне алкогольной эйфории, на ровном эмоциональном фоне (в курящей компании) — у 12,5%. Максимальная толерантность курения в основной группе больных наблюдалась в момент переживания стрессовых ситуаций у 83,3% больных, на фоне употребления алкоголя — у 22,5%, на ровном эмоциональном фоне в курящей компании — у 5%. Максимальное количество сигарет выкуривали только в моменты, субъективно описываемые как «очень хорошее настроение, приятные события, переживания, ощущения» 5,4% больных.

Таким образом, выявлена связь между изменениями толерантности и аффективными расстройствами. Если в известной научной литературе отмечается постепенное нарастание толерантности, связанное с длительностью курения, то у изученных больных было отмечено скачкообразное изменение толерантности в виде нарастания интенсивности за весь период аффективной реакции. Важно отметить, что возврата к исходному уровню интенсивности курения после аффективного пика не происходило, толерантность после аффективных реакций возрастала.

Клинические особенности патологического влечения к курению табака и типы течения никотинизма определили следующие основные формы табачной зависимости: идеаторная, психосоматическая и диссоциированная. В основной группе среди изученных больных преобладали лица с диссоциированной формой табачной зависимости — 80 человек (66,7%). Идеаторная форма табачной зависимости диагностирована у 23 человек (19,2%), психосоматическая форма—у 17 больных (14,1 %). В контрольной группе также преобладали больные с диссоциированной формой табачной зависимости — 40 (66,7%) человек. Отмечено значительное число больных с идеаторной и психосоматической формами табачной зависимости.

Диссоциированная форма табачной зависимости отличается от других в структуре синдрома патологического влечения к курению табака неосознаваемым на идеаторном уровне желанием курить. Такое желание — вторичное образование, следствие интерпретации собственных внутренних тягостных витальных ощущений, малодифференцированных, по существу, и появляющихся при длительных перерывах в курении в виде жжения, покалывания, трепета, волнения, тяжести, тошноты и др. Они локализуются в различных областях тела: в поджелудочной области, горле, языке, трахее, легком, коже, спине, лопатке и даже — в каждой клетке тела. Диссоциированной форме табачной зависимости в основной группе обследованных свойственно: средний возраст начала курения — 13,2±1,6 лет, средний возраст наступления этапа систематического курения — 20±1,6 года, периодический тип течения патологического влечения к курению у 59 человек (73,7%) сочетался с коротким (1-2 года) этапом эпизодического курения у 30 человек (37,5%). У 20 (25%) исследованных больных этап эпизодического курения отсутствовал. Имело место курение натощак у 56 человек (70%). Особенность диссоциированной формы табачной зависимости — «мерцающая» толерантность: иногда пациент мог выкурить в день 2-3 сигареты, не испытывая потребности в большем количестве, зато в другие дни выкуривал 18-20 сигарет, что отмечено у всех больных. Средний возраст осознания влечения к курению табака составил 21,6±2,2 года. В процессе самостоятельного прекращения курения табака ремиссии в анамнезе длились от 5 дней до 2-3 месяцев у 66

больных (82,5%). Терапевтические ремиссии в анамнезе отмечались у 29 человек (36,2%). Безремиссионное течение наблюдалось у 6 человек (7,5 %). У больных диссоциированной формой табачной зависимости преобладает периодический тип ее течения — 59 человек (73,7%), а постоянный наблюдался только у 21 человека (26,3%).

Идеаторная форма табачной зависимости характеризуется сочетанием идеаторного и вегетативного-сосудистого компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению табака. Идеаторной форме табачной зависимости обследованных свойственны: средний возраст первой пробы курения табака—13±3,5 лет, отсутствие этапа эпизодического курения наблюдалось у 5 человек (21,7%), быстро наступающая (в течение 1-2 лет) потребность в систематическом курении отмечена у 12 больных (52,1 %), постепенное превышение исходной толерантности в 8-10 раз — у 15 человек (65,2%), позднее начало курения в течение дня (через 1-4 часа после пробуждения —у 7 пациентов (30,4%), преимущественно периодический тип течения патологического влечения — 17 человек (73,9%), раннее (в течение 1-2 лет) осознание тяги к курению наблюдалось у 13 человек (56,5%), возможность самостоятельного прекращения курения от 2-3 месяцев до 1-го года отмечена в анамнезе 9 исследованных больных (39,1%). У 17 больных (74%) идеаторной формой табачной зависимости отмечался периодический тип течения табачной зависимости, а у 6 (26%) человек — постоянный.

При *психосоматической форме табачной зависимости* у обследованных отмечалось сочетание идеаторного, вегетативно-сосудистого и психического компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению. Для данной формы характерны: мысленный тип воспоминания-представления-желания курения табака, носящий первичный характер и осознающийся на идеаторном уровне, средний возраст первой пробы курения — 12,1±3,6 лет, у 7 исследованных больных (41,2%) отсутствовал этап эпизодического курения, средний возраст наступления систематического курения — 19,8±3,5 года, быстрое нарастание толерантности с превышающей исходную в 15-25 раз отмечено у 13 человек (76,4%), раннее утреннее закуривание (сразу после пробуждения, натощак) — у всех исследованных больных (100%), постоянный тип течения патологического влечения к курению отмечен у 13 человек (76,4%), средний возраст осознания тяги к курению — 23 года, неудачные попытки самостоятельного прекращения курения в анамнезе были у 12 человек (70,5%). У 3 больных (17,6%) с психосоматической формой зависимости отмечался периодический тип течения табачной зависимости, а у 14 человек (82,4%) — постоянный.

По данным феноменологического исследования особенностей мышления у изученных лиц в основной и контрольной группах преобладал образный тип воспоминаний и представлений (42,5% — в основной группе и 33,3% — в контрольной группе). Образные воспоминания и представления с детских лет претерпевали динамику, имеющую как общие для всех изученных лиц черты, так и частные особенности, характеризующие формирование определенных подгрупп среди обследованных.

Мысленно-образный и образно-мысленный тип воспоминаний и представлений наблюдались у 12,5% больных основной группы. Мысленный тип воспоминаний и представлений характерен для 17,5% лиц основной группы и 6,7% лиц контрольной группы. Для лиц с образным типом воспроизведения воспоминаний и представлений характерна склонность к мечтательности и фантазированию с детских лет. К моменту обследования выявились отличия в ходе динамического развития воспоминаний и представлений у лице табачной зависимостью в основной и контрольной группах. У больных контрольной группы образные воспоминания возникали по ассоциации с внешними факторами или под влиянием своего «Я». Они длились мгновения или секунды и отражали реальные

события прошлого. Исчезновение воспоминаний и представлений происходило только под влиянием «Я» или при переключении внимания. Воспоминания и представления были статичны, не озвучены. По отношению к самосознанию они являлись неразрывной частью собственного «Я» обследованных.

У лиц основной группы отмечались более сложные характеристики течения воспоминаний и представлений. У больных с табачной зависимостью в этой группе образные воспоминания и представления динамичны. Они имеют сценоподобный характер, всегда цветные. Возникают при участии «Я» или без него по ассоциации с увиденным, услышанным, прочитанным, при запахе, при прикосновении. Внутренняя возможность изменения сюжета образных воспоминаний приводит к образным представлениям, сюжеты которых отражают варианты возможного поведения «Я» в ситуации прошлого с построением возможных новых ситуаций. «Я» в этом процессе — участник и зритель одновременно. Представления цветные, озвученные. Они возникают в голове, за глазами и воспринимаются внутренним зрением.

У лиц с табачной зависимостью в основной группе на протяжении последних 8-10 лет, начиная с возраста 21,6±3,4 лет (средний возраст), пространственно-временная структура претерпевала необратимые изменения. Воспоминания и представления появлялись не только при желании «Я». Отмечались состояния, когда воспоминания и представления возникали сами по себе и разворачивались параллельно с текущей деятельностью, сосуществуя с ней или подавляя ее. «Я» как контролирующая и регулирующая функция психической деятельности мозга теряло свое значение. «Я» как зритель активно или пассивно созерцало сценоподобные представления. Невозможность их активного вытеснения констатировалась больными как должное, как свойственное всем окружающим людям, как процесс отдыха. Образные представления с их сценоподобностью иногда теряли связь с основным «Я», приобретая собственную самостоятельность. Они выступали наряду с основным «Я» как режиссеры, как участники, как зрители. Возникновение некоторого множества «Я» наряду с основным, как правило, не беспокоило больных, т. к. они воспринимались ими как часть «Я». Образные представления локализовались в голове, за глазами и в 35% случаев — перед глазами, сосуществуя с реальными предметами или замещая их.

У больных табачной зависимостью отмечена динамика отрыва воспоминаний и представлений от контроля «Я». Если раньше «Я» включалось в изменение сюжета воспоминаний, участвовало в построении сценоподобных представлений и при этом их участники только повторяли мысли «Я», в том числе реплики, диалоги, внутренние ответы и вопросы, то за последние 3-4 года у больных все явственнее обнаруживается появление самостоятельного поведения некоторых героев представлений. В этом случае «Я» теряет контроль над представлениями и над формированием второго «Я», независимо от первого. Появляется тенденция к проецированию образных представлений в реальный мир и замещению его. Усложнение образных воспоминаний и представлений сочетается с ухудшением социальной адаптации. У больных в таких ситуациях сужался объем внимания, а восприятие информации шло в неполном виде. Вместо отражения информации часто возникало ее замещение воображением. Последнее способствовало возникновению фрустрации, что снималось, в частности, курением.

Для 41,3% лиц был характерен мысленно-образный тип воспоминаний и представлений. Образные воспоминания отражали события, эмоционально значимые для больного. Они часто возникали одновременно с мысленным типом воспоминаний и представлений. Их длительность исчислялась минутами. Представления носили неразвернутый характер. Сочетание шизоидного и эпилептоидного компонентов в преморбиде не

были определяющими для поведения больных этой группы. Им была свойственна избирательная общительность, неуверенность и нерешительность в принятии решения, повышенное чувство ответственности, ранимость, обидчивость, стремление к аккуратности, чистоте и порядку.

У больных табачной зависимостью, обратившихся за медицинской помощью с целью прекращения курения табака, мысленно-образный тип воспроизведения воспоминаний и представлений носил более сложный характер, чемулицс табачной зависимостью в контрольной группе. Их образные воспоминания и представления, появляясь одновременно с мысленными воспоминаниями и представлениями, обладали способностью в сфере мышления к самостоятельному возникновению по ассоциации с услышанным, прочитанным, увиденным, с запахом, вкусом, прикосновением. Имелись элементы изменения сюжета воспоминаний и представлений, разыгрывание образных спектаклей, отмечалась способность к образному воспроизведению сопереживания и конструированию вариантов поведения другого человека.

Лицам указанной категории свойственна идеаторная форма табачной зависимости с периодическим или постоянным типом течения. Вдыхание табачного дыма давало быструю возможность переключения на образные и мысленные воспоминания, представления иного содержания или их полного исключения из сознания для концентрации внимания на текущей деятельности. 5% обследованных составили больные с мысленным воспроизведением воспоминаний и представлений с полной невозможностью их образного воспроизведения. У лиц с табачной зависимостью в основной группе мысленные воспоминания трансформировались в озвученные представления с диалогом, отражающим ту или иную ситуацию с обязательным участием оппонента или участника этих событий. При этом в голове человека как бы ведется внутренний озвученный диалог с мысленным воспроизведением вариантов поведения оппонента. Стереотипно прокручиваются варианты поведения.

Данной категории лиц свойственны такие черты характера, как аккуратность, стремление к чистоте и порядку, педантизм, высокое чувство ответственности за порученное дело и возникающее неудовольствие, состояние дискомфорта при нарушении выработанного стереотипа. Описанные черты относятся к ряду эпилептоидных.

Вдыхание табачного дыма у лиц с табачной зависимостью сочетается с облегчением возможности переключения от воспоминаний неприятного содержания, что коррелирует с ускорением переработки своего поведения в прошлом, в ситуации, приближенной к настоящему времени. Клиническая картина табачной зависимости у данной категории больных определялась психосоматической формой с постоянным или периодическим типом течения.

16.1.1. Терапия табачной зависимости

Применяемые в настоящее время методы и средства лечения табакокурения традиционно делятся на две основные формы: фармакологическую и нефармакологическую.

К фармакологическим методам относится применение алкалоидов, близких к никотину по своей химической структуре и фармакологическому действию. Они — конкурентные антагонисты никотина, обеспечивают вытеснение алкалоида табака из его связей с биохимическими субстратами организма. Это способствует снижению влечения к никотину. К алкалоидам относятся: анабазин, лобелии, цитизин, а также жевательная резинка (гамибазин), содержащая анабазин. Другое направление в подборе средств, имитирующих действие никотина, входящего в состав табачного дыма, — использование жевательной резин-

ки с никотином и никотин в растворе. По мнению A. Blum (1984), жевательная резинка с никотином не должна рассматриваться как панацея, но ее использование небесполезно в общем комплексе медицинских, социальных и других мероприятий в борьбе с курением табака (Malcolm etal., 1980; Schneider etal., 1983;RusseletaL, 1983;Ebertetal., 1984).

Особое место занимают препараты неспецифического действия (апоморфин, эметин, танин, растворы азотнокислого серебра, медного купороса для полоскания рта). При их использовании курение табака сопровождается измененными ощущениями в организме: не тот вкус табачного дыма, головокружение, сухость во рту, тошнота и рвота. Таким образом закрепляется отрицательный условный рефлекс к табачному дыму (Андрух, 1979; Ericksonetal., 1983).

Начиная с 1990 г. на рынок выпущены никобревин и таба-гум. Капсулы никобревина для глотания содержит хинин, камфору, метил валерат и эвкалиптовое масло, предназначенные для ослабления симптомов отвыкания и предотвращения образования слизи в ротовой полости у больных в начальный период отвыкания. Таба-гум представляет собой жевательную резинку с запахом табака, но без никотина, жевание которой снижает желание выкурить сигарету.

Было установлено (Murphy, Edwards, 1990), что во время прекращения курения лица, получавшие доксепин, обнаруживали существенно менее выраженное влечение к сигаретам. Предполагают, что антидепрессанты могут смягчать тяжесть симптомов отмены веществ, от которых наступила зависимость.

В рандомизированном двойном контрольном исследовании субъекты обоего пола при прекращении курения получали антидепрессант венлафаксин или плацебо. Венлафаксин в отношении облегчения симптомов абстиненции был менее эффективным, чем плацебо (Frederick etal., 1997).

Нортриптилин, наряду с когнитивно-поведенческим лечением, применен для лечения курящих пациентов с наличием в анамнезе большой депрессии. Препарат назначался в течение 1-12 недель в дозе 50 мг с повышением дозы до 75 и 100 мг в день. В течение года после лечения процент некурящих был вдвое большим, чем при применении плацебо (Hall eta!., 1997).

Индивидуальному комплексному лечению подвергали пациентов с рецидивами курения табака. Терапевтическая тактика строилась с учетом нескольких принципов: диагностика клинической формы, преморбидных, конституциональных особенностей пространственно-временных характеристик воспоминаний и представлений, способности «Я» контролировать эти процессы мышления; использование заместительной терапии (анабазин, хабитрол, лобелии и пр.), психофармакотерапия (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты) с учетом психического состояния, результатов микропсихиатрического анализа явных и стертых симптомов у лиц с табачной зависимостью; немедикаментозная терапия (иглотерапия, электропунктура); психотерапия в индивидуальной и групповой формах. В период декомпенсации психического состояния у психопатических личностей, при невротических и психосоматических расстройствах в различные сроки ремиссии наблюдалось усиление признаков никотиновой абстиненции. Иногда отмечались отставленные во времени абстинентные явления в период ремиссии по причине циклотимоподобных колебаний настроения. В этих случаях на кожу накладывался пластырь хабитрол с более высокой концентрацией никотина (7,14,21 мг в день) и назначалась, с учетом динамики клинической картины, лекарственная терапия (Шарахов, 1998).

Наряду с назначением хабитрола лицам с табачной зависимостью И. В. Конина (1998) рекомендовала препараты, снижающие напряжение и уменьшающие расстройства сна (радедорм, тазепам, рудотель).

Было установлено (Bolliger et al., 1997), что активное лечение с использованием никотинового пластыря значительно продуктивнее, чем плацебо. Высокая доза никотина в пластыре (25 мг) эффективнее по сравнению с более низкой (15 мг). Лечение в течение 22 недель не было результативнее 8-недельного. F. Wimerberger с соавт. (1995) обнаружили, что 16-недельное лечение действеннее 8-недельного. По результатам исследований R. L. Richmond и соавт. (1997), степень поддержания отказа от курения лице никотиновым пластырем более чем вдвое превосходила тот же параметр у больных с плацебо-пластырем. Наиболее успешным оказалось использование пластыря при умеренно выраженной зависимости.

Применение никотин-содержащих препаратов многие специалисты рассматривают как заместительную терапию. Их использование ослабляет выраженность синдрома отмены. Подобно метадону при опиатной наркомании, они уменьшают тягу к курению, снижают подкрепляющий эффект табачного никотина. Никотин-содержащие препараты поддерживают некоторые эффекты, для достижения чего пациенты ранее прибегали к курению: сохранение хорошего настроения и работоспособности, лучшее владение собой в стрессовых ситуациях и т. д.

Полезность препарата никоретте, по данным клинических исследований (Schneider, Jarvilk, 1984), заключается в направленности его действия на симптомы абстинентного синдрома, возникающего после прекращения курения, особенно — на вечерние дисфории. Полагают также (Hughes, Miller, 1984), что никоретте способствует уменьшению раздражительности, тревоги, невозможности сосредоточиться, спаду нетерпеливости, уменьшению числа соматических жалоб. Вместе с тем никоретте не отменяет влечения к сигаретам, не уменьшает беспокойства и тремора.

Повышение эффективности терапии может быть достигнуто за счет комбинированного применения никотиновой жевательной резинки и никотин-высвобождающей трансдермальной системы. Трансдермальная система обеспечивает постоянное и стабильное поступление никотина, а жевательная резинка дополнительно используется пациентом эпизодически, по мере необходимости. Комбинированная терапия бывает и последовательной. В этом случае пациент вначале применяет никотиновый пластырь, а затем, для поддержания длительной ремиссии, периодически использует жевательную резинку (Henningfield, 1995).

Считается, что лечение препаратами, заменяющими никотин, относится к наиболее многообещающим фармакологическим методам. Его цель — контролируемое снижение уровня никотина в крови и стабилизация этого уровня без резких изменений, характерных для регулярного курения, и, таким образом, ослабление симптомов отвыкания от никотина с последующим прекращением курения. Употребление никотина в виде жевательных таблеток или дисков, накладываемых на кожу, считается в настоящее время наиболее предпочтительным подходом при отвыкании от курения. Многие исследования указывают на успех этого метода, в 2-3 раза превышающий успех в группах плацебо (FioreetaL 1994; Silagyetal., 1994; Russell, 1995).

Из жевательных таблеток с никотином отметим полакрилекс, содержащий по 2 и 4 мг никотина. Здесь никотин в таблетках соединен с ионообменной смолой, кислотность которой соответствует всасыванию большинства связанного никотина слизистой рта. Около 85% никотина высвобождается из таблеток при жевании и всасывается в основном через слизистую щек. При медленном спокойном жевании высвобождается и поступает в кровь 90% никотина. При быстром жевании высвобождается больше никотина, чем может быть всосано слизистой, и таким образом никотин попадет в слюну и не достигнет цели (Села Бен-Ами, 1998).

Трансдермальная терапевтическая система основывается на применении никотинела, хабитрола, никодерма, простепа, а также никотрола трех видов, содержащего по 7 мг, 14 мг, 21 мг никотина, с длительностью его всасывания 16 или 24 часа.

По сравнению с плацебо никотиновый аэрозоль облегчал воздержание от курения, уменьшая раздражительность, чувство голода, гнев, пугливость, путаность мыслей, — но только в первые дни употребления аэрозоля (Grobe et al., 1996). Существуют никотиновые ингаляторы в виде пластикового тюбика с никотиновой капсулой для поступления никотина орально. Дозировка — 4-10 ингаляций в день (Schuchh et al., 1996). Использование ингаляций никотина полезно для кратковременного отвыкания от курения (Schneider, 1996).

Результаты исследований P. M. Cincirini и соавт. (1996) показали большую успешность применения поведенческой терапии в сочетании с никотиновым пластырем при прекращении курения у пациентов со слабой степенью депрессии, по сравнению с пациентами с выраженной депрессией.

B. Sobetov, V. Sobetova, O. Filtz (1997) изучили возможности использования никотинового карандаша для прекращения курения табака. Механизм действия основан на изменении вкусовой чувствительности к никотину в полости рта. Курс состоял из 7-10 процедур. Позитивный результат наблюдался в 86,7% случаев. Авторы рекомендуют данный метод для эффективного лечения табачной зависимости.

В исследованиях L. Schuh и соавт. (1997) лица, курящие табак, во время воздержания принимали внутрь фумарат котинина утром в течение 3 дней (50, 100 или 200 мг). Если воздержание от табака увеличивало самооценку лишения, то котинин вызывал зависящее от дозы уменьшение степени «подавленности настроения». Авторы придерживаются мнения, что котинин поведенчески активен и посредничает в отдельных компонентах никотиновой зависимости при синдроме лишения табака.

К дополнительным средствам лечения относятся витамины и аминокислоты, дефицит которых выявляется при курении, особенно в период абстиненции (витамины С, группы В и глютаминовая кислота). Е. С. Черник и Е. Б. Попова (1984) рекомендуют за 1-2 недели до полного отказа от курения принимать аскорбиновую кислоту по 200-300 мг в день.

Изучалось (Houtsmuller et al., 1997) влияние наптрексона на курение и воздержание. В результате исследования сделан вывод: влечение, побуждение к курению, повышение аппетита были снижены при приеме наптрексона. Налтрексон не влияет на курительное поведение, но может влиять на специфические симптомы абстиненции.

В. К. Смирнов, Т. Н. Соколова, О. И. Ермолова (1990) разработали основные критерии клинико-дифференцированного подхода к комплексной терапии табачной зависимости с учетом клинического состояния, возникающего при прекращении курения табака. При идеаторной и диссоциированной формах на фоне общеукрепляющей терапии (витамины, ноотропы) назначались транквилизаторы (феназепам 0,5-2,0 мг, рудотель 5-10 мг в сутки), малые дозы антидепрессантов (азафен 12,5-25 мгв сутки, амитриптилин 12,5-25 мг в сутки) в сочетании с никоретте. В рамках психосоматической формы табачной зависимости наиболее эффективным терапевтическим подходом при купировании синдрома отмены считается комбинированная терапия никоретте с транквилизаторами типа феназепама 1-3 мг, сибазона 10-15 мг, грандаксина50-100 мг, тазепама 10-30 мгв сутки, финлепсина до 200 мг в сутки, антидепрессантами типа азафена 25-75 мг, амит-риптилина 25-50 мг, герфонала 25-50 мг, мелипрамина 25-50 мгв сутки, нейролептиками типа сонапакса 10-30 мг, френолона 5-15 мг в сутки, назначаемыми дифференцированно, в зависимости от преобладания той или иной симптоматики в психическом состоянии больных (Смирнов, 1993).

В качестве средств для прекращения курения Села Бен-Ами (1998), E. Rose Jed (1996) обсуждают: гипноз, акупунктуру, самоконтроль, использование сигарет без табака, метод, вызывающий отвращение к курению, заменители никотина, клонидин, блокаторы никотина, препараты, заменяющие никотин (жевательные таблетки, содержащие никотин, никотиновый пластырь, никотиновый аэрозоль, никотиновый назальный спрей, никотиновая ингаляция), антидепрессанты, ингаляции лимонной кислоты, аскорбиновой кислоты, экстракта перца.

Для медикаментозного лечения табачной зависимости применяют блокаторы никотина. Лобелии частично и конкурентно связывает абсорбент никотина. Мекамиламин — активный антипод абсорбентом никотина, аналогичен налоксону в употреблении его больными, отвыкающими от наркотиков группы опиатов. Хлоризондамин блокирует действие никотина на центральную нервную систему, не влияя при этом на автономные периферические ганглии. Этот препарат применяется внутривенно. При жевании таблеток ацетата серебра (табминт — tabmint) либо при прополаскивании полости рта содержащей его жидкостью, ацетат серебра вступает в реакцию с сигаретным дымом, при этом во рту образуется неприятный вкус.

Клонидин — активный адренергический абсорбент. Доказано, что он предупреждает возникновение симптомов отвыкания при отказе от наркотиков группы опиатов и от алкоголя. Этот препарат проверен и на действие при отвыкании от курения. В некоторых исследованиях отмечено, что клонидин помогает человеку, отвыкающему от курения, но это вещество не утверждено к широкому использованию из-за побочных явлений, таких, как снижение артериального давления и сонливость, ускорение сердечного ритма и беспокойство (Lee et al., 1993).

О. И. Эпштейн (1998) изобрел способ медикаментозного лечения наркомании, в том числе табакокурения. Способ позволяет повысить эффективность лечения. Для этого пациентам вводят потенцированный морфин, полученный путем многократного последовательного разведения и встряхивания по гомеопатическому методу. Исходным веществом препарата является морфин (смесь опийных алкалоидов). В период острых интоксикационных и абстинентных проявлений сочетают введение потенцированного морфина с привычным наркотиком, который также готовят по гомеопатическому методу.

C. Silagy с соавт. (1997) в своих исследованиях изучали эффективность жевательной резинки, пластырей, интраназального аэрозоля, ингаляционных препаратов, содержащих никотин. Среди добровольно решившихся на такую терапию абсолютная частота избавления от никотиновой зависимости была выше. Заместительная никотинотерапия (жевательная резинка, пластыри и интраназальный аэрозоль) способствовала длительному отказу от курения у решивших прекратить курить.

С. П. Гарницкий и Л. В. Шутеева(1982, 1993) с целью сокращения сроков лечения, уменьшения осложнений терапии предложили свой способ лечения табакокурения. После установления психоэмоционального контакта с пациентом ему орошают область языка и зева хлорэтилом, обеспечивая вдыхание паров препарата. Процедуру повторяют через 3-6 часов, а также на 3-й и 7-е сутки лечения. Дополнительно в течение недели назначают пирацетам по 0,4 г три раза в день per os. Этот способ — синтез лекарственного лечения и психотерапии. Лечение синдрома отмены при табачной зависимости осуществляется путем предварительного, за 5-6 часов до проведения психо- и рефлексотерапии, применения хлорэтила, которым орошается полость рта с одновременным вдыханием его паров, и 1,0% пилокарпина гидрохлорида.

Нефармакологические способы лечения курения табака можно разделить на несколько групп: методы выработки отвращения к курению путем «быстрого курения»; использование электрического разряда в момент извлечения сигареты из пачки с одно-

временным контролем за снижением количества выкуриваемых сигарет (Fox et al., 1983); применение градуированных внешних фильтров (Himowitz et al., 1982); селективное производство табака со сниженным содержанием никотина и смолистых веществ (Bobo, 1983); программы с использованием техники стимулирующего контроля и самоконтроля (Colletti et al., 1982). В данный комплекс лечения входит психотерапия, в том числе гипнотерапия (Андрух, 1979), эмоционально-стрессовая психотерапия, методы иглорефлексотерапии с психотерапевтическим потенцированием (Дуринян, 1982; Руднев, 1980; Самсыгин, 1980; Устинова, 1980; Granjon, 1982).

Среди методов психотерапии табакокурения определенное место занимает стресс-психотерапия по А. Р. Довженко. При воздействии на больного она включает систему позитивного подкрепления как универсального механизма саморегуляции и самоконтроля функций организма. Г. 3. Шакирзяновс соавт. (1996) предлагают следующие методики позитивной психотерапии: 1) успокаивающий тип дыхания — при типе курения «расслабление»; 2) очистительное дыхание — при курении по типу «поддержка».

Существует метод электропунктуры по биологически активным точкам — корпоральным и аурикулярным. Метод безболезненный, комфортный, исключает опасность инфицирования в связи с повреждением кожи, хорошо переносится, не дает осложнений, не требует больших затрат времени (3^4 процедуры на курс). Во время процедуры у пациентов отмечается исчезновение желания курить, явление никотиновой абстиненции проходит, во рту появляется вкус металла, иногда чувствуется легкое головокружение. После первой процедуры при попытке закурить у пациентов возникает отвращение к запаху и вкусу табака. Отсутствует прежнее удовлетворение после выкуренной сигареты. После повторных сеансов влечение к курению практически исчезает, и большинство пациентов (около 80%) прекращали курение. С. В. Шевченко (1996) пришел к выводу, что аурикулярная рефлексотерапия является достаточно эффективным методом лечения табакокурения.

Широкое распространение получила методика акупунктуры, первоначально применявшаяся для лечения наркоманов, пристрастившихся к курению опиума (Села Бен-Ами, 1998). С помощью акупунктуры (Choyetal., 1983; Erydrychowski, Ostrowska, 1984) гасится влечение к курению табака и снижается симптоматика абстинентного синдрома. Однако есть и данные, что иглоукалывание статистически существенного результата не дает (Law, Tang, 1996).

Определенные преимущества перед иглорефлексотерапией имеет способ лечения табакокурения методом краниальной электростимуляции с использованием токов Буренко (Буренко, Мельникова, Смирнов, 1986).

По результатам исследований П. И. Сидорова и соавт. (1995), антиникотиновый пластырь хабитрол в сочетании с рефлексотерапией сокращал сроки купирования абстинентного синдрома и снимал влечение к никотину.

О. В. Новиков (1998) привел метод лечения, индивидуального и группового, с использованием свето-цвето-импульсной терапии, режима питания, гидротерапии, дозированной физической нагрузки. Ремиссия в течение 6-12 месяцев отмечена у 94% больных.

G. Laqrue (1996) считает, что традиционные неспецифические методы лечения — иглоукалывание, гомеопатия — никакого научного объяснения не имеют, их можно сравнить с плацебо. Роль врача, консультирующего курящего человека, — учитывать проблемы никотиновой зависимости, назначить никотиновый пластырь или жевательную резинку с никотином, оказать психологическую поддержку. Больной должен находиться под врачебным контролем не менее 6 месяцев.

Есть попытки сочетания методики «быстрого курения» с гипнозом (Barkley et al., 1977). Однако применение гипноза для прекращения курения табака, по данным боль-

шинства исследователей, не дает преимущества перед другими средствами и поэтому не находит широкого применения во врачебной практике (Buchkremer, 1978: Berchowitz et al., 1979; Prokop, 1980).

Метод самоконтроля основан на лечении поведением в поддерживающей группе в течение 10 недель, при постепенном уменьшении количества выкуриваемых сигарет (Бен-Ами, 1998). Постепенное снижение количества выкуриваемых сигарет ведет к медленному постепенному снижению концентрации никотина в крови (Benowitz, 1988). Предполагается, что таким путем сводятся к минимуму симптомы абстинентного синдрома, всегда сопровождающие резкие попытки прекращения курения табака и становящиеся одним из факторов его рецидива.

Для прекращения курения табака были предложены наполненные лекарственными травами сигареты, также— пропитанными ароматическими маслами, даже сигареты из листьев салата для удовлетворения потребности «держать во рту и сосать сигарету». Обычные и деникониттизированные сигареты в равной степени эффективны в уменьшении симптоматики абстиненции (по субъективным ощущениям и содержанию CO во выдыхаемом воздухе). При этом, в отличие от обычных сигарет, деникотинизированные не повышали уровень никотина в плазме крови. M. Butschky с соавт. (1995) делают вывод о том, что деникотинизированные сигареты снижают тяжесть абстинентного синдрома при прекращении курения.

Так как употребление табака порождает физическую и психологическую зависимость, стратегии лечения должны учитывать оба эти аспекта и включать: 1) медицинскую информированность; 2) фармакологическое лечение: симптоматические препараты и никотин; 3) психологическое лечение, куда входят позитивное укрепление, отвращающие методы и гипноз; 4) акупунктура, коллективные и индивидуальные воздействия (Ferris etal., 1997).

В Японии H. Takaharu (1997) с минимальной модификацией осуществил оригинальную 5-дневную групповую многокомпонентную программу прекращения курения. Программа обучает курильщиков когнитивным и поведенческим механизмам, необходимым в период прекращения курения табака.

Практически отсутствующая в научных работах клиническая терапевтическая обратная динамика табачной зависимости не позволяет использовать эти механизмы в анализе проблем резистентности, ремиссий, рецидивов, роли аффективных расстройств в клинике табачной зависимости. Последние в обзорной работе С. В. Пирожкова и др. (1996) наличествуют только в структуре синдрома отмены табачной зависимости. Однако, как показывает анализ многих научных работ, наиболее частые спутники табачной зависимости — не только аффективные расстройства в рамках синдрома отмены. По данным В. К. Смирнова и его сотрудников, у больных табачной зависимостью существует группа аффективных расстройств, не связанных с синдромом отмены и патологического влечения к курению табака. Их участие в становлении курения табака, интенсивности курения предполагается рядом исследователей. Все это требует дальнейшего углубленного клинического изучения для решения, в частности, вопросов возможной патогномоничности аффективных расстройств в клинике табачной зависимости, определения, какого именно круга эти аффективные расстройства, их роли в становлении и формировании табачной зависимости, существующей резистентности к терапии, участия в мотивообразовании прекращения курения табака. Необходимость клинического дифферецированного подхода к диагностике аффективных расстройств при табачной зависимости позволило бы не только решить вопросы повышения эффективности терапии, но и использовать клинический метод для целенаправленного изучения вопросов ее этиопатогенеза.

ГЛАВА 17

ПИЩЕВЫЕ АДДИКЦИИ

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное, в зависимости от множества параметров. В частности, от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Существенно влияние этнокультуральных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания становится вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»), проблема учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под *пищевым поведением* понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения этнокультурных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различается. Так, в соответствии с диффе-1 ренциально-аналитической концепцией Н. Пезешкиана (1994), питание — это одна из основных составляющих восточной психологической модели ценностей. В ее рамках вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее рассматривается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание («сначала поешь— потом поговорим о проблемах») и т. н. *феномен «заедания стресса».* На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью, а гостеприимство не включает в обязательном порядке ггооцесс питания. В качестве ценности рассматривается контроль над приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики: стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транскультуральными разночтениями, девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультуральный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения (пищевыми зависимостями-аддикциями) считаются *нервная анорексия* и *нервная булимия.* Общими для них являются следующие параметры: 1) озабоченность контролированием веса собственного тела; 2) искажение образа своего тела; 3) изменение ценности питания в иерархии ценностей,

17.1. Нервная анорексия

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Учитывая, что определение объективных критериев полноты в значительной мере затруднено в связи с существованием эстетического компонента, приходится говорить о значимости параметра адекватности или неадекватности восприятия собственного тела («схемы тела»), ориентации на собственное мнение и представления о нем или рефлексию и реагирование на мнение референтной группы. Часто фундаментом нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация перемены отношения окружающих, основанной якобы на патологическом изменении внешности индивида. Данный синдром носит название *дис.морфоманического.* Однако формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (Коркина, 1988) четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная; 2) активной коррекции; 3) кахексии и 4) редукции синдрома. В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремится к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения или популярным людям. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудания. Прежде всего, он выбирает ограничительный пищевой стереотип, исключая из пищевого рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренинги, принимает большие дозы слабительных средств, применяет клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудания, обсуждению диет и тренингов. На стадии кахексии могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Диагностические критерии нервной анорексии: 1) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 балла (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах); 2) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением; 3) намеренность избегания пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Пищевая аддикция в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны сверстников. При втором синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптомокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств,

17.2. Нервная булимия

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченное-

тью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Индивид ориентирован на пищу. Он планирует собственную жизнь, основываясь на возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищу: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижительным отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной булимии: 1) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище даже в условиях ощущения сытости; 2) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов, подавляющих аппетит; 3) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения (пищевой аддикции). Однако нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние реальности (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от нее. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. К примеру, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

Важнейшим психологическим процессом юношеского возраста является процесс становления самосознания и устойчивого образа «Я». Именно с образом «Я» и с самооценкой в большинстве случаев связано негативное отношение к своему телу, лежащее, как правило, в основе нарушений пищевого поведения. Е. Т. Соколова (1988) утверждает, что существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта. Телесный опыт — очень широкая категория, охватывающая все, «имеющее хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело». Один из наиболее важных компонентов телесного опыта — это образ тела (образ телесного «Я», физического «Я»), т. е. результат осознанного или неосознанного психического отражения, определенная умственная картина своего тела.

По мнению Р. Бернса (1994), тело — это зримая и ощутимая частью нашего «Я». «Мы чувствуем, видим и слышим самих себя, никогда не в состоянии отрешиться от своего тела, к тому же этот неотъемлемый элемент нашей личности выставлен на постоянное публичное обозрение», — пишет он. Размеры и форма тела оказывают влияние на качественное своеобразие жизни индивида и его психики, т. к. они служат предметом как собственных оценок, так и оценок другими людьми.

Многие исследователи сходятся во мнении, что представление о своем физическом облике — одна из главных составляющих Я-концепции. Это направление исследований изучает образ тела и его связь с Я-концепцией, исходя из представления о теле как свое-

образном хранилище «Я», обладающем более или менее определенными границами. Второе направление связано с другой характеристикой тела— внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т. п., а с другой — как объект, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно, делается акцент либо на эмоциональном отношении к собственной внешности, либо на когнитивном компоненте. В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им, во втором речь идет о «точности», «переоценке», «искажении» восприятия тела. Известно, что есть высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. С точки зрения Р. Бернса, положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно повлиять на позитивность его Я-концепции в целом. И наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки. При этом делается акцент на зависимости самооценки от мнений окружающих людей. Человек — существо социальное и не способен избегать принятия многих социальных и культурных ролей, стандартов и оценок, определяемых самими условиями его жизни в обществе. Он становится объектом не только собственных оценок и суждений, но также оценок и суждений других людей, с которыми он сталкивается в ходе социальных взаимодействий. Если он стремится получить одобрение окружающих, он должен соответствовать общепринятым стандартам. Отмечается, что на самооценку и степень уважения личности часто оказывают влияние лишь строго определенные зоны тела (Марселло, 1978).

Развитая система психологической защиты снижает субъективную значимость недостатка внешности вплоть до его трансформации в сознании в положительный признак внешности. И. С. Кон выделяет пять вариантов преломления в «Я» физического недостатка:

1) исправление недостатка путем напряженных усилий (некоторые больные с ожирением стараются любыми способами снизить вес);
2) уклонение от сознания неприятного качества (некоторые девушки с ожирением считают полноту пикантной);
3) взгляд на весь мир сквозь призму своего несчастья с вытекающей отсюда мнительностью;
4) приспособление к установкам окружающих людей;
5) компенсация недостатка в одной области достижениями в другой.

У больных ожирением выделяют еще один вариант — «деформация пищевого поведения как уже сформированный стереотип ответа на конфликт». Наши (В. Д. Менделевич, Э. А. Бухарова) исследования девушек с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и булимии с ожирением дали следующие результаты.

Экспериментальная работа проводилась в 3 группах, при общем объеме выборки 126 человек. Все испытуемые — девушки в возрасте от 15 до 22 лет. Этот выбор был не случаен, т. к. именно среди девочек-подростков и молодых девушек наблюдается наиболее высокая распространенность пищевых аддикций — от 1% до 5% по данным разных авторов. Отдельные исследователи отмечают, что «легкие и преходящие проявления нарушений пищевого поведения встречаются у каждой десятой девушки-подростка».

В 1-ю группу — экспериментальную — вошли 32 девушки с диагнозом экзогенно-конституциональное (гипералиментарное) ожирение. 2-ю группу (47 человек) составили манекенщицы, модели и девушки, обучающиеся этой профессии. У этих лиц необходимость поддерживать минимальный вес связана со спецификой профессиональной деятельности. Кроме того, во 2-ю группу вошли только те манекенщицы (модели), вес

тела которых был ниже или находился на границе с нормой, т. е. был равен или оказался меньше индекса массы тела Кветелета 17,5 балла. Этот критерий веса — один из признаков для диагностики нервной анорексии по МКБ-10. Поэтому эта группа испытуемых была обозначена группой повышенного риска в отношении возникновения нарушений пищевого поведения, а именно — нервной анорексии. В 3-ю группу (контрольную) вошли 47 здоровых девочек и девушек.

Исследование проводилось при помощи следующих методик. Измерение самооценки осуществлялось с помощью методики Дембо—Рубинштейн и двух модификаций этой методики. Одна из них предназначена для измерения самооценки красоты собственного тела, другая — для измерения самооценки полноты собственного тела. Для выявления уровня самоактуализации использовался самоактуализационный тест САТ. Для анализа образа «Я» применялась проективная методика «Автопортрет». Неосознаваемые переживания по отношению к телу диагностировались с помощью «Цветового теста отношений» — ЦТО. Кроме этого, был применен метод анкетирования для выявления дополнительной информации о характере нарушений пищевого поведения у испытуемых.

Для теста Дембо—Рубинштейн испытуемым предлагались 3 бланка. Первый бланк содержал 12 вертикальных шкал (по 10 делений в каждой), полюса которых обозначались противоположными характеристиками (умная —■ глупая, здоровая — больная, спокойная — тревожная, счастливая — несчастная, удачливая — неудачливая, общительная — замкнутая, уверенная в себе — неуверенная в себе, смелая — застенчивая, женственная — мужественная, привлекательная — непривлекательная, красивая — некрасивая). Испытуемым давалась следующая инструкция: «Оцените саму себя по каждой шкале, отмечая черточкой (-) соответствующее место/деление на шкале». При обработке один полюс шкалы принимался за «0», противоположный — за 10 баллов. Баллы по всем шкалам суммировались, образуя итоговый балл по тесту. Второй бланк содержал 9 аналогичных шкал, полюса которых обозначались противоположными характеристиками, относящимися к телу/внешности (красивое лицо — некрасивое лицо, красивые щеки — некрасивые щеки, красивая фигура — некрасивая фигура и т. п.: бедра.., талия.., руки.., плечи.., грудь). Предъявлялась аналогичная инструкция: «Оцените свою собственную внешность/тело...» Подсчет баллов осуществлялся как и в первом бланке, и итоговый балл отражал самооценку красоты собственного тела. Третий бланк аналогичен второму, но полюса обозначались характеристиками, относящимися к полноте (худое лицо — полное лицо, худые щеки — полные щеки, худая фигура — полная фигура и т. п.: бедра.., талия.., руки.., плечи.., грудь). Инструкция повторялась.

Тест «Автопортрет» разработан Р. Бернсом и предназначен для выявления индивидуально-типологических особенностей человека, его представлений о себе, своей внешности, личности и отношения к ней. Испытуемым предлагался чистый лист бумаги, карандаш и инструкция: «Нарисуйте свой портрет». Обработка теста осуществлялась с помощью специальной схемы (Е. С. Романова, О. Ф. Потемкина), согласно которой выделены 14 признаков-показателей для дальнейшего анализа.

ЦТО предназначен для диагностики неосознанных эмоциональных отношений к тем или иным понятиям, явлениям, людям... Нас интересовали переживания, отношения испытуемых к своему телесному «Я». Для этого им предлагалось ассоциировать такие понятия, как «моя фигура», «идеальная фигура», «мой вес», «идеальный вес» с цветами из теста Люшера. Затем проводилась сама процедура тестирования по Люшеру. При обработке каждому понятию присваивался ранг/место в раскладке по предпочтению (по Люшеру).

Самоактуализация измерялась с помощью САТ. Этот тест состоит из 126 пунктов, построенных по принципу вынужденного выбора. Испытуемым предъявляется бланк

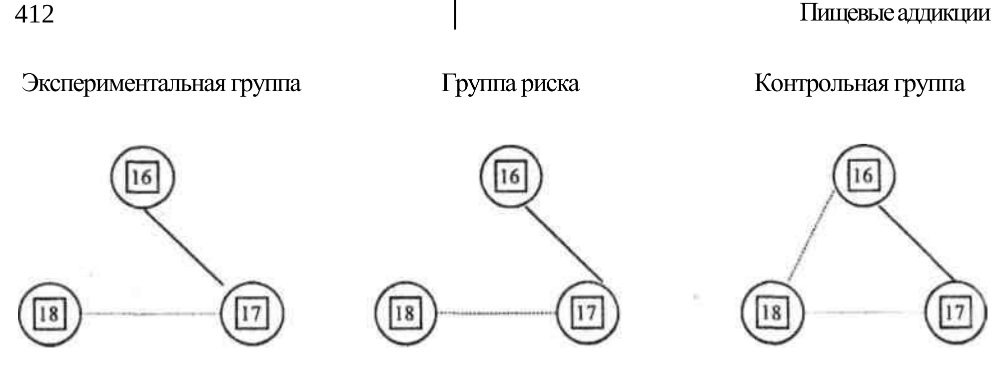
для ответов и инструкция: «Вам предлагается тест-опросник, каждый пункт которого содержит 2 высказывания, обозначенные буквами "а" и "б". Внимательно прочитайте каждую пару и пометьте на бланке напротив соответствующего номера то из них, которое в большей степени соответствует вашей точке зрения». При обработке подсчитывались «сырые» баллы с помощью ключей для каждой шкалы. Всего тест содержит 2 основные шкалы: шкалу компетентности во времени и шкалу поддержки, а также 12 дополнительных: шкалу ценностных ориентации, гибкости поведения, сенситивности к себе, спонтанности, самоуважения, самопринятия, представлений о природе человека, синергии, принятия агрессии, контактности, познавательных потребностей и креативности.

Следует оговориться, что в доступной литературе мы не нашли сведений об исследовании самоактуализации у лиц с пищевыми аддикциями. Что касается связи самоактуализации и самооценки, известно, что процесс становления личности, ее самосовершенствования основан на самооценке как важнейшей составной части самосознания, есть данные о положительной корреляции показателей самоактуализации с уверенностью в себе. Предположение о пониженных показателях самоактуализации у лиц с пищевыми аддикциями тоже имеет свое основание. Пищевые аддикции относятся к категории девиантного поведения, а последнее определяется как «система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, *нарушении процесса самоактуализации* или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением» (Менделевич, 1998).

На основании данных по методике Дембо—Рубинштейн этого можно сделать вывод, что девочки, страдающие ожирением, имеют пониженную самооценку. Самооценка манекенщиц значимо выше самооценки девушек с ожирением, однако нельзя говорить о повышенной самооценке у манекенщиц из группы риска.

По двум модификациям теста Дембо—Рубинштейн получены следующие результаты. Девушки с ожирением считают себя более полными и менее красивыми, чем девушки из контрольной группы, а манекенщицы оценивают себя более худыми, чем девушки из контрольной группы и девушки из экспериментальной группы, а также более красивыми, чем девушки с ожирением.

Корреляционный анализ показал связь между самооценкой по тесту Дембо—Рубинштейн и самооценкой красоты тела во всех трех группах испытуемых. Это дает основание считать, что в целом самооценка девушек подросткового и юношеского возраста зависит от их самооценки красоты своей внешности, своего телесного «Я», т. е. чем более красивыми оценивают себя девушки, тем выше их общая самооценка. Это подтверждает мнение многих авторов об особом, важном месте оценки собственной внешней привлекательности в структуре самосознания и самооценки девушек этого возраста. Мы не можем строго утверждать ни наличие, ни отсутствие связи между самооценкой красоты тела и самооценкой полноты тела у девушек с ожирением и у девушек из контрольной группы. Однако мы имеем все основания констатировать, что у девушек-манекенщиц самооценка красоты тела и самооценка полноты своего тела взаимосвязаны. По-видимому, чем более худыми они себя считают, тем более красивыми; и наоборот, чем более полными, тем менее красивыми. Интересно и то, что у девочек без нарушений пищевого поведения самооценка полноты тела напрямую связана с общей самооценкой, т. е. чем более худыми они себя считают, тем выше их самооценка; и наоборот, чем более полными девушки считают себя, тем ниже их самооценка. Возможно, у девочек из двух других групп — больных ожирением и манекенщиц с недостаточным весом — связь самооценки полноты тела с общей самооценкой опосредствована



16 — самооценка по тесту Дембо—Рубинштейн;

17— самооценка красоты тела;

18 — самооценка полноты тела

Рис. 11. Корреляционные плеяды параметров самооценки

показателем самооценки красоты, т. е. чем более худыми они себя оценивают, тем считают себя более красивыми и тем выше их самооценка, и наоборот. Мы приходим к выводу, что в структуре самооценивания у девушек важную роль играет самооценка своего тела.

Статистическая обработка теста «Автопортрет» осуществлялась по схеме Е. С. Романовой, О. Ф. Потемкиной. Были получены следующие данные. Девушки с ожирением склонны не рисовать свою фигуру, что может быть связано с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела, подсознательным эмоциональным отвержением своего тела. Возможно, избегание изображения своего тела связано с тем, что собственная полнота — психотравмирующий фактор для девушек. Девушки с ожирением в основном рисуют себя схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения — реалистически. На основании этого можно говорить о нарушении, искажении образа тела (телесного, физического «Я») у девушек с гипералиментарным ожирением. Подобную же тенденцию обнаруживают и девушки из группы повышенного риска. Нельзя сказать, что девушкам-манекенщицам свойственно искажение образа тела, по крайней мере, не в такой степени, что девушкам с ожирением. И все же можно говорить о том, что манекенщицам с дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения образа телесного «Я», что опять же подтверждает обоснованность отнесения этих лиц к группе повышенного риска по возникновению нарушений пищевого поведения. Интересным нам показалось различие между группой риска и контрольной группой по показателю «метафорическое изображение». По-видимому, манекенщицы видят в собственном автопортрете только один аспект — свою внешность. Девочки из контрольной группы в этом смысле демонстрируют как бы большую гибкость, понимая свой «автопортрет» более многозначно: 9% из них изобразили себя как свое настроение, характер, свое место в жизни или свое любимое дело, отразив таким образом свой внутренний мир. Можно сказать, что девушки из группы риска сосредоточены на своей внешности; телесное, физическое «Я» занимает важное место в их Я-концепции.

Высокая достоверность различий выявлена по показателю «наличие рта» между группами 2 и 3. Такое внимание ко рту у манекенщиц может говорить о каком-то особом отношении к пище, пищевом поведении. Возможно, ограничивая себя в питании, они тем не менее много думают о еде сохраняют к ней большой интерес.

Таблица 9

Показатели по методике «Автопортрет»

Показатели	Группа 1, %	Группа 2. %	Группа 3. %
Изображение в виде одного лица	69	49	47
Изображение в виде бюста	13	13	9
Изображение в полный рост	19	36	40
Схематическое изображение	63	43	23
Реалистическое изображение	34	55	68
Метафорическое изображение	3	—	9
Наличие глаз	97	96	96
Наличие носа	97	94	91
Наличие рта	97	100	89
Наличие бровей	72	91	87
Наличие ресниц	56	79	72
Наличие ушей	44	28	68
Наличие рук	25	40	21
Наличие ног	16	32	36

Обращает на себя внимание показатель «наличие ушей»: девушки с нарушениями пищевого поведения и с риском их появления более закрыты восприятию внешнего окружающего мира, закрыты к критике, а девушки без нарушений пищевого поведения, напротив, более открыты, восприимчивы.

Выявлены достоверные различия между экспериментальной группой и группой риска по показателю «наличие ресниц». Можно сделать вывод, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательной, что не свойственно девушкам с избыточным весом.

Интересны различия по показателю «наличие рук» между группой риска и контрольной группой. Руки символизируют контакт с окружающим миром, активность. Следовательно, можно считать манекенщиц с недостаточным весом более активными по отношению к внешнему миру.

Есть различия по показателю «наличие ног» между экспериментальной и контрольной группами, между экспериментальной группой и группой риска. Ноги — символ опоры, устойчивости. Исходя из этого, можно говорить о том, что девушкам с ожирением свойственно чувство неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

При обработке результатов ЦТО оказалось, что эмоциональное отношение к собственной фигуре у девушек с избыточным весом и у девушек-манекенщиц с недостаточным весом сильно отличается от отношения к своей фигуре у девушек без нарушений пищевого поведения. Пожалуй, можно даже говорить о негативном отношении к своей фигуре у девушек с ожирением. Кроме того, собственный вес девушки с ожирением ассоциируют с цветами, занимающими место значительно ближе к концу ряда, в отличие от девушек без нарушений пищевого поведения и девушек из группы риска. Значит, девушки, страдающие ожирением, относятся к своему весу отрицательно, в отличие от их здоровых сверстниц.

Далее, можно сделать вывод об эмоциональном отвержении, эмоционально-негативном отношении девушек с ожирением к своему весу. В целом девушкам этого возра-

ста в целом свойственно стремление к «идеальной» внешности, ориентация на некие эталоны красоты и полноты тела.

При статистической обработке САТ выявлены достоверные различия между средними значениями по трем дополнительным шкалам. По основным шкалам не выявлено значимых различий. Выяснилось следующее: у девушек с ожирением понижены самоуважение и способность ценить себя. Кроме того, по результатам корреляционного анализа можем сделать вывод, что низкая самооценка, в том числе низкая самооценка тела, ведет к понижению такого параметра личности, как самоуважение у девушек с гипералиментарным ожирением. Другими словами, чем ниже оценивают себя девушки с ожирением, тем ниже их самоуважение.

У девочек с нарушениями пищевого поведения и с риском их возникновения способность к самопринятию занижена, т. е. они не принимают себя со всеми своими плюсами и минусами. Низкое самопринятие может быть связано с нарушениями пищевого поведения. Так, девочки, страдающие ожирением, не «принимают», отвергают свое избыточное пищевое поведение, свою полноту, что, вероятно затрудняет принятие себя в целом. Но в то же время низкая способность к самопринятию обнаружена и в группе риска. Причем самооценка у этих испытуемых нормальная, даже несколько выше, чем в контрольной группе. Каким образом взаимосвязана такая самооценка, в том числе самооценка внешности, у девушек-манекенщиц, внешность которых считается эталонной, с низким самопринятием? Мы предполагаем (и это может стать предметом дальнейших исследований), что низкое самопринятие связано с завышенными требованиями к себе, со стремлением к сверхдостижениям, в частности, и по отношению к своей внешности и фигуре. То есть неспособность девушек из группы риска принимать себя как есть, с достоинствами и недостатками, может быть связана с перфекционизмом, со стремлением ко все большему «улучшению» фигуры и, следовательно, способна вести к нарушениям пищевого поведения (ограничениям в питании с целью коррекции фигуры). Кроме того, у девушек с нарушениями пищевого поведения снижена способность человека к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, они менее синергичны.

Несмотря на эти различия, мы не можем утверждать, что самоактуализация девушек с нарушениями пищевого поведения понижена, т. к. различия по двум основным шкалам САТ не достигают статистических критериев значимости. Однако слабая «связанность» показателей самоактуализации между собой в экспериментальной группе может говорить о неустойчивости такой сложной характеристики, как самоактуализация, у девушек с нарушениями пищевого поведения.

Выявлены корреляции между шкалами САТ и самооценкой в каждой группе испытуемых. Во всех группах обнаружена связь между шкалой поддержки и самооценкой: степень независимости ценностей и поведения испытуемых от воздействия извне прямо связана с их самооценкой. То есть чем выше самооценка, тем человек более независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни своими собственными целями и убеждениями и менее подвержен внешнему влиянию, и наоборот. Чем выше самооценка у девушек, тем более им свойственно спонтанное поведение, способность непосредственно выражать свои чувства.

В группе риска выявлена корреляция шкалы компетентности во времени с самооценкой: чем выше самооценка испытуемых девушек-манекенщиц, тем в большей степени они живут «настоящим», и наоборот. Также в этой группе обнаружена корреляция шкалы гибкости поведения с самооценкой, а значит, чем выше самооценка у девушек, тем они более гибкие в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, и наобо-

рот. В группе риска также обнаружена связь между самооценкой и шкалой сенситивности к себе, т. е. степень ясности, с которой девушки отдают себе отчет в своих потребностях и чувствах, прямо связана с их самооценкой. Корреляции между шкалой познавательной потребности и самооценкой выявлены в экспериментальной и контрольной группах. У этих испытуемых самооценка связана с познавательной потребностью, стремлением к получению знаний. А в группе манекенщиц такой связи не отмечено. Обнаружены также корреляции между самооценкой красоты тела и шкалой гибкости поведения, и между самооценкой красоты тела и шкалой контактности в экспериментальной группе. Это может говорить о том, что у девушек, страдающих ожирением, самооценка своего тела связана с гибкостью в поведении, взаимодействии с окружающими, со способностью к быстрому установлению глубоких, эмоционально-насыщенных отношений с людьми. Но самооценка красоты тела у этих испытуемых понижена, а это может влиять на общение, отношения с людьми, поведение по отношению к окружающим.

Таким образом, выявлены значимые корреляции шкал САТ с самооценкой (по тесту Дембо—Рубинштейн и его модификации), как общие для всех групп испытуемых, так и отличающиеся.

В данной экспериментальной работе также использовалась анкета, касающаяся объективных данных испытуемых (пол, возраст, вес, род занятий) и особенностей их пищевого поведения, семейного воспитания пищевого поведения, отношения к своему телу и т. д. Были выявлены следующие различия. Еда была «удовлетворением чувства голода» для 62% испытуемых экспериментальной группы и 34%— группы риска, «удовольствием» — для 16% и 53% соответственно и «источником неприятных ощущений, мыслей, переживаний» — для 6% из экспериментальной и 0% из контрольной группы. Таким образом, у девушек с ожирением еда в большей степени служит для удовлетворения голода, а у манекенщиц — для удовольствия, причем если у последних еда в основном вызывает приятные эмоции (удовольствие), то у девушек с ожирением — неприятные.

Итак, проведенные исследования показали, что девушки с ожирением склонны негативно оценивать свою внешность. По результатам теста «Автопортрет» более двух третей из них (против половины из контрольной группы) изображают себя только в виде лица, и наоборот, только 19% из экспериментальной группы против 40% из контрольной рисуют себя в полный рост. Очевидно, что девушки с булимией и ожирением склонны игнорировать изображение своей фигуры в связи с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела. Кроме того, они рисуют автопортрет схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения — реалистически. Исследованным манекенщицам (моделям рекламного агентства) с объективным дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения изображения образа телесного «Я», что позволяет отнести их к «группе повышенного риска по возникновению пищевых аддикций».

Высокая достоверность различий выявляется по изображению отдельных частей лица, в частности по показателю «наличие рта». Рот чаще отсутствует в рисунках манекенщиц. Такое внимание ко рту может говорить об особом отношении к пище и структуре пищевого поведения. Возможно, ограничивая себя в питании, манекенщицы тем не менее много думают о еде, сохраняют к ней большой интерес. Обращает на себя внимание показатель изображения ушей. Девушки с булимией и ожирением значительно реже рисуют уши, что можно трактовать как их закрытость от восприятия внешнего мира, нетерпимое отношение к критике. По преобладанию показателя «наличие рее-

ниц» можно предполагать, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательными, что не свойственно девушкам с нарушениями пищевого поведения в виде булимии и ожирения. Руки, символизирующие контакт человека с окружающим миром, активность, преобладают в рисунках манекенщиц с недостаточным весом. Ноги — символ опоры и устойчивости — реже представлены в рисунках девушек с ожирением, что можно трактовать как присутствие чувства неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

ГЛАВА 18

СЕКСУАЛЬНЫЕ АДДИКЦИИ 18.1.

Классификация клинических проявлений

Постановка проблемы эксцессивного сексуального поведения как психопатологического — наиболее ранний источник сегодняшних представлений о клинической дифференциации компульсивных и импульсивных форм аномального сексуального поведения. Первоначально использовавшиеся обозначения его как нимфомании, эротомании, синдромов Казановы и Дон Жуана свидетельствовали о том, что их авторы и интерпретаторы исходили из понимания эксцессивного сексуального поведения как аморальных и антисоциальных актов. Позднее появившиеся термины «гиперэротизм», «гиперлибидо», «гиперсексуальность» были скорее ориентированы на представления о подобном поведении в рамках континуума с поведением нормальных людей. В 1980-х гг. произошел характерный пересмотр старых подходов, ознаменовавшийся введением термина «сексуальная аддикция», устанавливавшего сходство гиперсексуальной активности с химической аддикцией (алкогольной, лекарственной).

Согласно A. Goodman (1992), сексуальная аддикция определяется как сексуальное поведение, направленное на получение удовольствия и на устранение внутреннего дискомфорта. P. Carnes (1989) выделил ключевые аспекты поведения сексуального аддикта: *озабоченность,* когда мысли аддикта фокусируются на поведении; *ритуализация,* когда индивидуум следует однотипному методу подготовки к сексуальной активности; *сексуальная компульсивность,* когда сексуальное поведение становится неподвластным контролю индивидуума; *стыд и отчаяние,* возникающие в результате сексуального поведения.

A. Goodman (1992) сформулировал перечень диагностических критериев для сексуальной аддикции, базирующийся на критериях, прежде предложенных им для аддиктивных расстройств:

A. Периодическая неспособность противостоять импульсам к специфическому сек суальному поведению.

B. Нарастание ощущения напряжения, непосредственно предшествующего началу сексуального поведения.

C. Удовольствие или облегчение во время осуществления сексуального поведения.

D. По меньшей мере пять из следующих:

1) частая озабоченность сексуальным поведением или подготовительной к нему активностью;
2) частое осуществление сексуального поведения в более значительной степени или более длительный период, нежели предполагалось;
3) повторяющиеся усилия по уменьшению, контролю или устранению сексуального поведения;

4) много времени тратится на деятельность, связанную с сексуальным поведением, реализацией сексуального поведения, или на то, чтобы оправиться от его эффектов;
5) частое осуществление сексуального поведения, когда ожидается выполнение профессиональных, учебных, семейных или социальных обязанностей;
6) важная социальная, профессиональная или рекреационная активность откладывается или прекращается из-за сексуального поведения;
7) продолжение сексуального поведения, несмотря на знание об имеющихся постоянных или периодических социальных, финансовых, психологических или физических проблемах, связанных или возникающих вследствие сексуального поведения;
8) толерантность: потребность увеличить интенсивность или частоту сексуального поведения для достижения желаемого эффекта или ограниченный эффект при продолжающемся сексуальном поведении сходной интенсивности;
9) нетерпеливость или раздражительность в случае невозможности реализовать сексуальное поведение.

Е. Некоторые симптомы расстройства проявляются по меньшей мере один раз в месяц или повторяются периодически в течение более длительного периода времени.

Согласно A. Goodman (1992) и P. Carnes(1989), индивидуум может стать аддиктивным к любому виду сексуального поведения. Например, P. Carries (1989) выделил три уровня аддиктивного сексуального поведения. *Первыйуровень* включает мастурбацию, гетеросексуальность, гомосексуальность и проституцию. Виды поведения этого уровня рассматриваются как нормальные, приемлемые или толерантные, когда осуществляются «умеренно». *Второй уровень* состоит из форм поведения, уже считающегося противоправным, например эксгибиционизм и вуайеризм. *Третий уровень* включает инцест, злоупотребление детьми и изнасилование. Эти виды поведения имеют серьезные последствия как для сексуального аддикта, так и для жертвы. P. Carnes подчеркивал, что эти уровни представляют нарастание рискующего поведения.

Наиболее распространенные *формы сексуальных аддикции — парафилии.* Для лиц с парафилиями характерен высокий процент повторных правонарушений. Публикуемые данные о размерах сексуальной преступности различны. Об истинной ее распространенности судить трудно, поскольку неизвестно достоверное отношение зарегистрированных преступлений к действительно совершенным. Предположения о таких соотношениях довольно различны и колеблются, например, в случаях изнасилования от 1:20 до 1:100. Для сексуальных преступлений отношения зарегистрированные/совершенные представляются следующим образом: в случаях педофилии — 1:15, при изнасиловании — 1:60, в случаях эксгибиционизма— 1:85.

Стереотипность сексуального поведения, характерная для многих лиц с парафилиями и проявляющаяся в стремлении осуществить строго определенную активность, определяет повторность правонарушений. В частности, при эксгибиционизме наблюдается более высокая повторность, нежели при других сексуальных правонарушениях (Koopmann, 1942; Murphy et al., 1980). По данным B. H. Gebhard (1965), сексуальный правонарушитель в среднем совершал менее чем 2 преступления, а уже по данным G. G. Abel (1987) — не менее 7 преступлений. Педофилы могут совершить до 240 преступлений; эксгибиционисты и вуайеристы — свыше 500 парафильных актов каждый.

В современных классификациях учитываются указанные особенности сексуальных аддикции. Так, в DSM-II1-R выделяются степени тяжести парафилии в зависимости от частоты реализации аномальных сексуальных актов.

Легкая: личность испытывает выраженный дистресс от периодических парафильных побуждений, однако никогда не реализует их; *средняя:* личность изредка реализует парафильные побуждения; *тяжелая:* личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

В данной классификации степень тяжести парафилий также увязывается с характером соотношения между идеаторной и поведенческой активностью. В DSM-IV произошел отказ от подобной оценки степени тяжести, а общими для всех парафилий стали два критерия: 1) существование на протяжении не менее 6 месяцев периодически повторяющихся, интенсивных, сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных побуждений или поведения; 2) фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывает клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Как видим, здесь оба компонента клинической картины парафилий — идеаторный и собственно поведенческий — уравнены в своей клинической значимости, но подчеркивается повторность для каждого из компонентов.

Подобные критерии приведены и в МКБ-10. Кроме того, в данной классификации диагностические указания для психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, расстройств привычек и влечений, в том числе и сексуальных перверсий, имеют между собой общие черты: чувство непреодолимой тяги, снижение способности контролировать свое поведение, поглощенность расстройством, чувство возрастающего напряжения перед самим действием с последующим облегчением и удовлетворением после завершения девиантной активности. Этим подчеркивается общность патогенеза аддикций.

18.1.1. F65 — Расстройства сексуального предпочтения (парафилий)

Общие диагностические критерии парафилий:

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G2. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

18.1.2. F65.0 - Фетишизм

Фетишизм — использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Указывается, что многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например предметы одежды или обуви. Другие фетиши могут характеризоваться особым материалом — резина, пластик или кожа. Также указывается, что значимость фетишей для индивида может варьироваться: иногда они служат просто для повышения сексуального возбуждения, достигаемого нормативным образом. В этих случаях, например, на партнера надевается какая-нибудь особая одежда.

Диагностические указания содержат принцип, в соответствии с которым фетишизм диагностируется, только если фетиш — наиболее значительный источник сексуальной стимуляции или обязателен для удовлетворительного сексуального ответа. Отмечается, что фетишистские фантазии встречаются часто, однако они не могут считаться расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям столь непреодолимым и неприемлемым,

что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума. Указывается также, что фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

18.1.3. F65.1— Фетишистский трансвестизм

Фетишистский трансвестизм — это надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

Указывается, что это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма. Основанием для их разграничения служит то, что при фетишистском трансвестизме переодевание или использование предметов нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Отмечается, что обычно надевается более одного предмета, часто — полный комплект одежды с дополнением ее париком и косметикой, при этом достигается ощущение принадлежности к другому полу. Другое состояние, от которого необходимо отличать фетишистский трансвестизм, — это транссексуальный трансвестизм. Здесь необходимо помнить, что фетишистский трансвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, а после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения обычно возникает сильное желание снять «ту» одежду. Указывается также на сообщения о фетишистском трансвестизме как о ранней фазе транссексуализма, и предполагается, что в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

18.1.4. F65.2 — Эксгибиционизм

Эксгибиционизм — периодическая или постоянная наклонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Как правило, хотя и не всегда, во время демонстрации возникает половое возбуждение, часто сопровождающееся мастурбацией. Указывается также, что эта наклонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения.

F65.21 — Эксгибиционизм, садистический тип. Больной получает максимальное удовлетворение, видя страх (испуг) жертвы.

F65.22 — Эксгибиционизм, мазохистический тип. Больной максимальное удовлетворение получает при агрессивной реакции жертвы.

F65.9 — Эксгибиционизм неуточненный.

18.1.5. F65.3 — Вуайеризм

Вуайеризм — периодическая или постоянная наклонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», например, раздеванием. Отмечается, что это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

18.1.6. F65.4 — Педофилия

Педофилия — постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Указывается, что

может существовать предпочтение определенного пола (девочки или мальчики), а могут быть привлекательны одновременно дети обоего пола.

Отмечается, что педофилия редко выявляется у женщин. Указывается, что социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, тем не менее не обязательно — проявления педофилии. Точно так же однократное действие, в особенности если его субъект — сам юношеского возраста, не свидетельствует о постоянной и доминирующей наклонности, необходимой для постановки диагноза. Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Наряду с этим оговаривается, что данная диагностическая категория включает тех мужчин, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, в силу постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту. Также диагноз «педофилия» может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста, в тех случаях, когда они обнаруживают домогательство к другим детям.

18.1.7. F65.5 — Садомазохизм

Садомазохизм — предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом) — это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником — садизм. Отмечено, что часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Упомянуто, что слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. В связи с этим дается указание использовать эту категорию лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность — основной источник сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. Однако указывается на трудности отграничения сексуального садизма от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Поэтому диагноз может устанавливаться только там, где насилие необходимо для эротического возбуждения.

18.1.8. F65.6 — Множественные расстройства сексуального предпочтения

Данная категория предназначена для диагностики тех случаев, когда у человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Предлагается перечислять различные типы предпочтения и их относительное значение. Среди наиболее частых указано на сочетание фетишизма, трансвестизма и садомазохизма.

18.1.9. F65.8 — Другие расстройства сексуального предпочтения

Данная категория применяется для диагностики множества других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, встречающихся относительно редко. В качестве примеров перечисляются непристойные телефонные звонки (теле-

фонная скатофилия), прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), сдавление кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения (аутоасфиксифилия), предпочтение партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например с ампутированной конечностью (апотемнофилия), некрофилия.

Включение этой категории оправдывается тем, что эротическая практика слишком разнообразна, а многие ее виды встречаются слишком редко, чтобы использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи (уролагния), пачкание испражнениями или уколы кожи или сосков, например, могут быть частью поведенческого репертуара при садомазохизме. Часто встречаются различного рода мастурбаторные ритуалы, причем крайние степени такой практики — вставление предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал, неполное самоудушение, происходящее в том числе при обычных сексуальных контактах, — также относятся к патологии.

18.2. Эпидемиология

Согласно данным I. Kaplan et al. (1994), педофилия гораздо более распространена, чем другие сексуальные извращения. От 10 до 20% подростков имеют данное расстройство. Считается, что сексуальные перверсии чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Фетишизм почти всегда наблюдается только у мужчин. Нередко встречается множественное расстройство сексуальных предпочтений.

По данным некоторых авторов, мотив сексуального насилия имелся у 24% мужчин и только у 6% женщин. Наоборот, мазохистические фантазии чаще встречались у женщин (21% против 11% мужчин).

Согласно опросу (Briere, Runtz, 1989) среди 200 студентов мужского пола, 21 % опрошенных заявляли о некотором сексуальном влечении к маленьким детям, 9% описывали сексуальные фантазии с участием детей, 5% признавали, что мастурбировали, фантазируя о детях, и 7% отмечали, что вступили бы в сексуальный контакт с детьми, если бы не страх наказания. Авторы исследования отмечают, что, «учитывая социальную нежелательность подобного рода признаний, можно предположить, что реальные процентные показатели еще выше».

18.3. Клиническая картина

18.3.1. Объективные феномены

Психопатологический подход к нарушениям поведенческого компонента половой идентичности позволяет квалифицировать формальные характеристики поведения. К ним относятся ритуализация, амбитендентность и процессуальность.

Ритуализация (клиширование). Стереотипность сексуального поведения, характерная для многих лиц с парафилиями, выражается в предсказуемости без обратной связи. Это проявляется в попытках осуществить определенную активность, выражающуюся, например, в фелляции или коитусе, или ощупывании половых органов. При этом воплощение стереотипа в полном объеме и достижение эмоционального состояния в разной степени зависит от реакции партнера — от абсолютной спонтанности до жесткой обусловленности, например реакции испуга. С клинической точки зрения здесь можно говорить о клишированности поведения.

Другое выражение клишированности поведения — его связь с определенной территорией. В клинике парафилий часто выявляется связь аномального сексуального поведения с окружающей обстановкой. Последняя может повторять ситуацию первого правонарушения (у эксгибиционистов и садистов часто наблюдается локализованный ареал). Так, один из испытуемых описывал возникновение влечения к нападению на девочек-подростков, когда он оказывался в районе высотных домов, где он их обычно и совершал; в других районах города или в других местах такого желания не возникало. Обстановка также может быть связанной с уменьшением расстояния между людьми (типичный пример — кабина лифта), что запускает паттерн патологического поведения. У некоторых серийных сексуальных преступников отмечается также феномен неоднократного возвращения на место преступления. Обстановка при этом играет роль триггера запуска воспоминаний, возвращающих испытуемому чувство реальности происшедшего.

В этом аспекте имеют значение два понятия этологии: *индивидуальная территория*< т. е. пространство, на котором человек имеет тенденцию доминировать, находиться в состоянии комфорта и возвращаться, и *индивидуальное расстояние* — дистанция, запускающая определенные виды поведения.

Одно из проявлений клишированности аномального сексуального поведения — постоянное воспроизведение отношений доминирования и иерархии (насильник и жертва; подглядывающий — с ощущением власти над объектами в сознании субъекта и не ведающая об этом пара; демонстрирующий половые органы эксгибиционист и вынуждаемая этим на какую-либо реакцию женщина). Сюда же следует отнести и встречающуюся неспособность жертвы сексуального насилия оказать сопротивление, а также случаи мазохизма.

Все приведенные выше аспекты клишированности имеют общий признак: они характеризуют усиление, подчеркивание компонентов поведения, не связанных с личностью пациента, а имеющих видовой характер, поэтому для их обобщенной характеристики правомерно обращение к этологическим понятиям. Под ритуализацией в этологии понимают усиление лишь некоторых элементов и комплексов поведения, что делает их более различимыми при коммуникации. В норме механизм ритуализации связывает приукрашенное поведение с контекстом, в патологии оказывается оторванным от него.

Амбитендентность. К ее проявлениям относится часто наблюдаемое улице парафилиями сочетание аутоагрессии (нанесение самоповреждений) и агрессии и, как частный случай, садистических и мазохистических тенденций. Известный серийный сексуальный преступник Г. пытался проделывать над собой те же манипуляции, что и над своими жертвами — мальчиками, как бы меняясь с ними местами в процессе действия. Вот пример более редко встречающейся диспраксии: один из испытуемых одной рукой удерживал жертву, а другой — отталкивал, при этом угрозы расправы чередовались с упреками в том, что она так поздно ходит одна. Состояние растерянности с амбивалентными чувствами стыда, отвращения и страха, с одной стороны, и влечением к эротическим ласкам — с другой, с проявлениями амбитендентности в поведении, когда прикосновения сменяются отталкиванием, может встречаться при гомосексуальной инициации в подростковом возрасте или в случаях ретардации психосексуального развития.

Процессуальность поведения. Процессуальность — фиксация на процессе, а не на результате деятельности, приобретающей, таким образом, незавершенный характер, с нарастающей редукцией отдаленных целей поведенческого акта и пролонгацией его ближайших звеньев. Последние подвергаются схематизации и символизации с имитацией генитального проникновения и возможностью психического оргазма.

Данный феномен идентичен процессуальное™ игровой, отражающей незаинтересованный характер игры. То есть процесс непосредственного удовлетворения нужд и страстей прерывается, происходит вклинивание игры как временного действия, протекающего внутри себя самого. Все это осуществляется ради удовлетворения, приносимого самим совершением действия (Хейзинга, 1992).

Процессуальное^ слагается из двух основных компонентов:

I. Незавершенность проявляется в нерезультативности деятельности, причем подразумеваемой и «входящей в замысел». Особенно это бросается в глаза в тех многочисленных случаях, когда сам навык гетеросексуального (или иного) поведения оказывается сформированным, однако в ходе исполнения девиантного ритуала наблюдается отказ от логического, казалось бы, его завершения с ограничением предпринятых действий (даже в самых предрасполагающих к тому ситуациях) неким набором эротических или даже платонических актов. Как ни парадоксально, внешне явно сексуальное действие часто не завершается именно в сексуальном смысле (отсутствие эякуляции и оргазма). Именно это качество процессуальное™ определяет симптом «охоты», встречающийся чаще всего при садизме и заключающийся в самостоятельной значимости поиска необходимого объекта. Причем само по себе это иногда длительное блуждание, неудовлетворенность с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается самодостаточным и по своей субъективной эффективности сравнимым с полноценным перверсным актом.

II. Пролонгация — намеренное продление осуществляемых действий, что достигается зачастую их усложнением и затруднением с помощью использования достаточно длительного и схематичного ритуала. Целью подобной модификации активности может быть продление восприятия и связанного с ним аффекта в силу самоценности данного воспринимательного процесса. В этом контексте становится до конца понятным высказывание К. Имелинского (1992), который говорил, что суть садизма — переживание времени.

Указанные феномены, свойственные и игровому поведению, рассматриваются как доказательства того, что предмет таких действий — само действие, тогда как собственно результат остается внешним по отношению к действию. Поэтому действие оказывается направленным на само себя и становится самодействием.

Сексологический подход к нарушениям поведенческого компонента позволяет охарактеризовать содержательную сторону поведения, которому может быть свойственно следующее.

/. *Символизм* сексуальных действий (введение во влагалище или прямую кишку пальца, посторонних предметов или нанесение ножевых ранений в область промежности, низа живота, которые могут толковаться как имитация полового акта). Среди подобных действий особенно можно выделить связанные с дихотомиями. Их освоение составляет суть кризисных периодов становления идентичности: «живое — неживое» (лишение признаков жизни) — стремление убить, удушение, непонимание факта смерти, манипуляции с трупом, некрофильные и некросадистические проявления, реже — стремление к обездвиженности как сексуальному стимулу; сюда же можно отнести манипуляции с глазами и веками (исключение зрения); «мужское — женское» (лишение признаков пола) — половые акты в задний проход и рот (одновременно и проявления отношений доминирования и иерархии), отрезание грудей и половых органов, эфебо- и педофильный, гомосексуальный выбор объектов в половых актах; «взрослое — детское» (лишение признаков возраста) — нераспознавание возраста жертвы, типично педофильные действия (ощупывание и разглядывание половых органов), срезание волос с лобка. Примечательно, что при изучении сексуальных гомицидов установлено, что только

в группе лиц с парафилиями встречались нераспознание или отсроченное распознание факта смерти жертвы и сексуальные манипуляции с трупом. Представляется, что это связано с трудностью различения живого и неживого у лиц с расстройствами влечения.

//. *Регрессивность,* под которой следует понимать появление паттернов поведения, характерных для более ранних этапов онтогенеза, чем тот, в котором находится данный индивид. Яркий пример онтогенетической регрессивности —типичное поведение педофила с разглядыванием и ощупыванием половых органов: паттерн этого поведения при нормативном развитии возникает в возрасте 4-5 лет. Другим столь же демонстративным примером можно считать межполовую агрессию как проявление дистинкции, характерной для возраста 8-10 лет. Манипуляции с жертвами или с трупами, их расчленение сходны с играми ребенка, когда он от любопытства разбирает игрушки. Каннибализм как возврат к «оральной стадии развития» давно является любимым примером психоаналитиков. Иногда удается у одного пациента проследить этапы регрессии: так, у осмотренного нами подростка в возрасте 5-6 лет наблюдалось стремление обнюхать, облизать пятки у мамы и бабушки, годом позже в фантазиях также появляются образы женских ног, затем пяток, которые он отрезает, начинает жарить и, наконец, есть. При выраженных (в смысле сдвига в прошлое) видах регрессии отмечается высокая степень сходства с биологическими аналогами.

1. Объектный выбор. Половозрастные характеристики искажения объекта. Выбор объекта может оцениваться как самим пациентом, так и сексологом. Здесь уместно рассмотреть его оценку с точки зрения сексолога.

В некоторых случаях жестко фиксированного гомосексуального выбора удавалось выявить в анамнезе пациента гомосексуальное насилие в раннем возрасте. При преждевременном половом созревании иногда можно было предполагать связь пола соучастника ранних опытов сексуального поведения (имитация коитуса, взаимная мастурбация) с эмоционально положительным подкреплением в виде эротических ощущений и последующим половым предпочтением, даже после периода нормативных связей.

Кроме фиксированного гетеро- и гомосексуального выбора, при синдроме недифференцированного сексуального объекта (Старович, 1991) полодиморфические признаки перестают играть какую-либо роль в возникновении сексуального влечения, которое реализуется при любом объекте. Выбор по полу может меняться в течение болезни.

Привлекает внимание то обстоятельство, что упомянутая выше смена пола сексуального объекта наблюдалась в ситуациях, когда предпочитается объект, чей возраст не превышает подростковый. В преобладающем большинстве случаев выбор по возрасту был фиксированным. В частности, при упоминавшихся выше случаях гомосексуального насилия возраст, в котором пациент подвергся насилию, и возраст предпочитаемого сексуального объекта совпадали. Такое же соответствие с возрастом партнера по сексуальным играм наблюдалось и в некоторых случаях ранней сексуализации поведения.

Для некоторых испытуемых оказалась характерной динамика изменения возраста объекта по мере развития болезни — совпадающая с взрослением пациента и обратная.

При анализе выбора объекта обращает на себя внимание, что, как правило, жестко фиксируются не только пол и возраст, но и внешние данные — тип телосложения, цвет волос, особенности одежды и т. п. Связь между каким-либо внешним признаком объекта (стимулом) и паттерном аномального сексуального поведения может не осознаваться пациентом, однако достаточно часто четко прослеживается сексологом. Иногда удается установить происхождение эталона. Так, у испытуемого Б., обвиняемого во множественных нападениях на подростков, персонаж-эталон контактировал с ним в период, связанный с ситуацией гомосексуального насилия. И, хотя он не был прямо причастен к

этой ситуации, у испытуемого сохранились в памяти негативные чувства, испытываемые ранее.

Для удобства дальнейшего изложения воспользуемся представлением об анализаторах как каналах коммуникации с выделением визуального, слухового, тактильного и ольфакторного.

Визуальные. У лиц с парафилиями часто отмечается сексуальное возбуждение при виде крови — чужой или собственной. Иногда природа этого возбуждения не осознается: испытуемые рассказывают, что с детства или плохо переносили вид крови («тошнота, слабость»), или ощущали возбуждение, не понимая его характера. По-видимому, похоже воздействует, по крайней мере, на человека, и черный цвет: так, у некоторых испытуемых с парафилиями стимулом, запускающим сексуальное поведение, служили черные колготки, лосины («фетишистско-талисманная» стратегия, по J. Money. 1990). Известна роль черной кожаной одежды при садомазохистических практиках.

Интересно, что ряд пациентов одинаково однозначно расценивали обильную косметику, обтягивающие брюки, укороченные юбки как признак «доступности» жертв, оправдывая свое агрессивное поведение по отношению к ним.

У некоторых гомосексуальных лиц отмечались случаи выбора объектов сексуального влечения по отдельным признакам, ставшим эротическими стимулами, — размерам полового члена, степени оволосения, усам.

При шизофрении визуальные стимулы могут носить необычный характер: например, один испытуемый специально ставил жертв — несовершеннолетних мальчиков — в профиль, т. к. другие ракурсы не вызывали у него сексуального возбуждения. У другого больного сексуальное возбуждение наступало при виде женщины, испытывающей острое желание помочиться (мы не касаемся здесь вопроса, на основании каких признаков и насколько адекватно проводилось им распознавание такого состояния). Другое наблюдение касается восприятия такого сложного стимула, как текст: больной описывал возникновение сексуального возбуждения с эрекцией при чтении работы К. Юнга «Метаморфозы либидо» (что логически объяснимо), а также Ф. Ницше «Гибель богов» (что объяснить гораздо труднее).

По-видимому, определенные особенности поведения, в частности невербального, могут также служить стимулом сексуального возбуждения. Одна пациентка рассказывала о случае, когда на нее в возрасте 7 лет сексуально посягал взрослый мужчина, внешне не производивший впечатления психически больного; воспоминания об этом сохранились с положительной эмоциональной окраской. Другой пациент с эксгибиционизмом в качестве первого объекта выбрал также психически больного. Интересно, что в обоих случаях было дано одинаковое объяснение такого выбора: «Не было чувства ответственности за свое поведение». Оставляя в стороне вопрос об адекватности такого объяснения, отметим, что подобный механизм может обусловливать тот факт, что жертвами сексуального насилия часто становятся психически больные и умственно отсталые люди.

Созерцание определенных видов деструктивного поведения также может служить стимулом сексуального возбуждения. Наиболее распространенные из них — мучения животных (удушение руками или путем повешения, расчленение), часто встречающиеся в пубертате у лиц с садизмом. К нетривиальным примерам относится случай, когда больной испытывал оргазм при представлении своей рвущейся на куски одежды под колесами проходящего поезда (причем одежда обязательно должна была быть новой, употреблявшейся не более 1-2 раз).

Аудиальные. Информацию о стимулах этой модальности получить у испытуемых труднее. Возможно, из-за того, что их связь с аномальным паттерном поведения осозна-

ется хуже за счет меньшей представленности (репрезентации) этих стимулов в сознании. Один из испытуемых, совершивший серию убийств женщин, рассказывал, что стук женских каблуков среди ночной тишины вызывал у него неодолимое желание преследовать женщину, а стоны и хрипы жертв усиливали ярость. При шизофрении подобные явления обнаруживаются достаточно часто: сексуальное возбуждение наступало при звуке льющейся мочи, «звонкого детского смеха».

Тактильные. Необходимо подчеркнуть, что многие пациенты с парафилиями крайне плохо описывают свои телесные ощущения, особенно — связанные с изменением эмоционального состояния, хотя в сексуальном поведении они играют особую роль, т. к. прикосновения у большинства людей несут эротизирующую нагрузку. Можно предполагать, что во многих случаях парафильного поведения функционирование этих анализаторных систем нарушается, т. к. субъект зачастую не может добиться эякуляции при сексуальном контакте с жертвой, в то время как при фантазировании (т. е. в ответ на зрительные стимулы), сопровождающемся мастурбацией, она достигается легче.

Большое значение этот вид стимулов имеет при фетишизме: так, один испытуемый онанировал с обувью детей, которая должна была быть сделана из гладкой кожи. В другом случае возбуждение вызывала «гладкая и скользкая» поверхность колготок.

Ольфакторные. Стимулы подобной природы удается распознать очень редко, т. к. в сознании большинства людей они представлены слабо. При органических поражениях ЦНС, однако, нередко встречается повышенная чувствительность к запахам. У таких испытуемых удается получить интересную информацию: описывается, например, сексуально возбуждающий или вызывающий агрессию запах женщины во время месячных; у лиц с «обувным» или «ножным» фетишизмом — запах ступней. У испытуемого Е., совершившего серию убийств женщин, патологический паттерн поведения, заключавшийся в изнасиловании с последующим нанесением множественных ножевых ударов, запускался запахом духов и алкоголя, исходившими от жертв.

В клинической картине парафилий встречаются феномены, позволяющие также предполагать функциональную блокировку этого анализатора при реализации некоторых видов аномального сексуального поведения. Наиболее ярким примером служат случаи уро- и копролагнии. Например, один больной пил мочу и ел кал понравившихся ему женщин, при беседе он сравнивал эти ощущения с теми, что бывали после плотного обеда, а запах для него носил субъективно приятный характер. В другом случае субъект размазывал кал по телу жертвы, между тем как вне подобных состояний он отличался повышенной брезгливостью и чистоплотностью.

Другие стимулы. Стимулом сексуального поведения, наконец, могут выступать и знаки, символы социального плана («избирательно-клейменная» стратегия, по Money, 1990). Так, у одного пациента стимулом служил высокий социальный статус женщины, независимо от ее возраста и внешности. В другом наблюдении сексуальное возбуждение у женщины наступало только в том случае, когда она ложилась голой на постель, и муж посыпал ее деньгами, которые «возбуждающе касались тела». У некоторых гомосексуалов сексуальная привлекательность объекта была связана с ношением формы — военной, милицейской (Введенский, 1994).

Для анализа клинического описания поведения имеет смысл также различать *запускающие* (вызывающие определенное поведение) и *направляющие* (поддерживающие) релизеры, которые могут не совпадать.

В клинической картине парафилий можно проследить закономерность, заключающуюся в том, что одни стимулы *запускают* поведение (внешние факторы: сокращение индивидуального расстояния, например, в лифтах, стук каблуков, вид жертвы; внутрен-

ние: вегетативные и эмоциональные сдвиги), другие *направляют* или прерывают стереотип аномального сексуального поведения. Примером последних могут быть различные реакции объектов актов эксгибиционизма: это может быть не только испуг, но и насмешка, даже проявление сексуальной заинтересованности; в некоторых случаях — нарочитое невнимание; слезы, однако, чаще прерывали данный паттерн поведения. У некоторых садистов молчание жертвы прерывало аддиктивное поведение, а стоны усиливали возбуждение; однако могли отмечаться и обратные феномены.

Психологическое объяснение вышеописанных случаев представляется неубедительным именно вследствие того, что они выявлялись у многих пациентов независимо от личности, биографии и психического заболевания. Последнее заставило обратиться к этологическому уровню анализа, в частности к концепции релизеров. Понятие релизера как стимула (причины) определенного действия или поведения впервые появилось в рамках этологии. Релизеры могут рассматриваться как «морфологические признаки или инстинктивные действия» (в большинстве случаев сочетанные). Применение этого понятия в феноменологии человеческого поведения не совсем обычно, однако, как будет видно из нижеследующего, оно представляется перспективным как в аспекте описания. так и в плане интерпретации поведения.

2. Выбор активности. Формальные характеристики искажения активности. Многообразие клинических проявлений парафилий в поведенческом аспекте простирается от сексуального поведения, близкого к нормативному (как, в частности, при раптофилии, когда обычный гетеросексуальный половой акт просто предваряется обязательным принуждением к нему), до внешне бессмысленных и немотивированных нападений с нанесением множественных ножевых ранений или убийств. Это заставляет искать достаточно простые и в то же время фундаментальные принципы классификации видов активности, которые могли бы быть приложимы к любому человеку, независимо от его прошлого опыта или текущего состояния. Другими словами, эти критерии должны быть видоспецифическими. Очевидно, на данном этапе развития психологии и психиатрии мы можем сделать только определенные шаги к этому эталону.

В классификации видов активности могут быть использованы разные оси, в зависимости от контекста анализа. Предлагаемые ниже критерии, разумеется, не могут быть исчерпывающими.

I. По пространственному критерию (дистанции между субъектом и объектом) среди парафилий могут быть выделены следующие.

Дистантные. К ним можно отнести поведение, связанное с демонстрацией гениталий (эксгибиционизм), подсматриванием за сексуальным актом (вуайеризм, скоптофилия), подслушиванием (эксаудиризм) и другие.

Как можно заметить, общим для них, кроме расстояния между субъектом и объектом, является вытекающее из этого обстоятельство преимущественного использования дистантных анализаторов (зрительного, слухового и обонятельного). По-видимому, имеет смысл упомянуть, что в эту группу следует отнести «психический» садизм или мазохизм, хотя в большинстве подобных случаев трудно выделить ведущую модальность. При шизофрении таковой часто бывает аудиальная: один из пациентов получал удовлетворение, запугивая незнакомых девушек по телефону, если же в последующем он добивался личных встреч, то при них стремление к запугиванию исчезало.

Контактные. В эту группу относятся все виды поведения, связанные с непосредственным контактом субъекта и объекта: ощупывание половых органов при педофилии, физические истязания жертвы при садизме и многие другие. Понятно, что при этих видах поведения подключается тактильная модальность.

II. По направленности активности (здесь используются представления об основных направлениях этогенеза: освоение пространства собственного тела, экстракорпорального пространства и коммуникативное поведение):

На себя. Сюда относятся манипуляции с собственным телом (мастурбация, аутоагрессия, скарфинг), что подразумевает ведущую роль тактильной модальности. Зрительные стимулы преобладают при переодевании в женскую одежду перед зеркалом (трансвестизм двойной роли, аутомоносексуализм).

На других людей.

На предмет.

Кроме очевидного фетишизма, в эту группу следует отнести фетишистский трансвестизм (зрительная модальность), случаи уро- и копрофилии (обонятельная). В этом смысле случаи сексуальной активности с животными (зоофилия), трупами (некрофилия), некросадизма, каннибализма — как бы промежуточные между определениями «I» и «II». Несомненна особая роль тактильной модальности в этих случаях.

III. По наличию обратной связи. Этот критерий, в сущности, определяет, имеет ли данный вид активности коммуникативный компонент. При направленности поведения на неживой объект (предмет) ответ на данный вопрос очевиден, однако при выборе в качестве объекта других людей дело обстоит сложнее: в динамике, к примеру, эксгибиционизма можно иногда заметить, как требуемая вначале реакция испуга сменяется на предпочтение насмешки, унижения, а затем реакция жертвы перестает влиять на поведение (один испытуемый специально становился так, чтобы быть видимым самому, но не видеть женщину, особенно лицо). Исчезновение коммуникативного компонента — важный критерий динамики.

IV. По модальности. Надо отметить, что использование этого критерия при садизме, мазохизме и гомицидомании затруднено, т. к. в клинической практике не всегда можно четко определить, какая модальность при подобных видах поведения ведущая. Для одних испытуемых стимулом был вид крови, ран, униженной позы жертвы, для других — стоны, хрипы при удушении, для третьих — физическое сопротивление или судороги жертвы в своих руках и т. п.

18.3.2. Субъективные феномены

Для описания субъективной феноменологии парафилий нами был избран подход, который может быть предметом для дискуссии. Однако его несомненное достоинство в том, что он позволил провести структурирование материала в первом приближении. В качестве основной позиции избрана концепция «осознавания» (awareness) Ф. Перлза (1976). Отсылая интересующихся за подробностями непосредственно к первоисточнику, отметим лишь, что основные положения данной парадигмы — возможность перемещения фокуса сознания в психической сфере и необходимость формирования определенной целостности — гештальта. Нарушения этих процессов — сущность патологии осознавания.

Исходя из вышеизложенного, можно говорить о нарушениях осознавания себя (субъекта) и окружающей реальности, частью которой является объект действия. К парадоксу используемой концепции, пожалуй, относится то, что именно при аномальном сексуальном поведении происходит искажение обычных субъект-объектных отношений, и такое разделение носит весьма условный характер.

К патологии осознавания себя относятся феномены диссоциации. Патология осознавания объекта выражается в феноменах деперсонификации, фетишизации и аутоэротизма.

Деперсонификация — отсутствие личности объектов сексуального влечения. В рамках концепции осознавания деперсонификация может расцениваться как минус-феномен («выпадения»), когда восприятие объекта страдает, во-первых, на уровне непосредственной перцепции, во-вторых, на уровне категориального обобщения. Первое прослеживается в клинике в виде отсутствия лиц у объектов сексуального влечения уже при патологическом фантазировании, а также в том, что позже, после реализации аномального влечения, многие испытуемые, детально запоминая одежду жертвы, не могут узнать ее в лицо. Второе выражается в виде вышеизложенных дихотомий. Из приведенных примеров также видно, что этот феномен затрагивает как объект, так и субъект действия.

Фетишизация — запечатление преступления (фото- и видеосъемка), сохранение личных предметов, принадлежащих жертве, когда вещи используются как стимул для фантазирования или извлечения воспоминаний о реальных парафильных действиях из памяти, сопровождающегося мастурбацией и достижением сексуального удовлетворения. Фетишем может быть не только часть одежды, обувь, но и другие признаки. Фетиш — это репрезентация релизера в сознании. Фетиш может вызывать, как отмечал З. Фрейд, амбивалентное отношение — сексуальное возбуждение и стремление уничтожить. В рамках концепции осознавания можно говорить о том, что при фетишизме осознается само действие релизера как безусловного стимула сексуального возбуждения. т. е. понимается как невозможность противостоять ему, так и невозможность рационального объяснения этого факта, что и порождает вторичную эмоциональную амбивалентность. Фетишизацию можно расценивать как «плюс-феномен» (появление в сознании того, что в норме отсутствует). Кроме того, фетишизация прямо связана со склонностью к образованию сверхценностей. Нетипичный пример фетишизации — поведение испытуемого К., ставшего в подростковом возрасте красть женское белье с веревок или брать у матери, надевавшего колготки, туфли, лифчики перед зеркалом. Иногда это сексуально возбуждало, и он онанировал, иногда появлялось чувство комфорта, успокоения, порой К. воображал, как он идет по улице, переодетый в женскую одежду, и на него с завистью смотрят женщины.

Интересны объяснения выбора объекта, данные самими пациентами. Так, ряд лиц с педофилией говорят, что они сами чувствуют себя детьми, им интересно играть с ними, они понимают их переживания. Другой вариант, когда больной декларирует сознательный отказ от нормативных гетеросексуальных контактов: «Я понял, что со взрослыми женщинами у меня никогда не получится». По сути, это не объяснение выбора, а объяснение отказа от нормативного объекта. В некоторых случаях испытуемые сами указывают на сходство жертв со значимыми для них людьми — матерью, первой девушкой, нанесшей психотравму, отвергнув. Несмотря на внешнюю психологическую понятность такого объяснения («месть»), механизм данного феномена представляется достаточно сложным: это уничтожение не конкретного человека, а совокупности стимулов — реальных и проецируемых, составляющих фетиш.

Аутоэротизм — внешнее сходство объекта и субъекта. Элементы аутоэротизма почти всегда наличествуют при различных видах парафилий, что неоднократно отмечалось в литературе. Особенно ярко он представлен в пубертате при транзиторных трансвеститских проявлениях, мастурбации перед зеркалом, достижениии оргазма не при самом действии, а при мастурбации после него с воспоминаниями.

Однако в большинстве случаев черты сходства субъекта и объекта сексуального влечения не осознаются. Иногда сексолог обращает внимание на сходство предпочитаемого объекта с самим пациентом: эта задача облегчается, к примеру, при вышеупомянутых случаях гомосексуального насилия в детстве, когда возраст субъекта и объекта

насилия совпадает. В тех же случаях, когда это осознание происходит и стабилизируется, становится возможным феномен нарциссизма.

Психопатологический аспект расстройств когнитивного компонента половой идентичности выражается в нарушениях осознавания себя (субъекта), клинически выявляющихся в форме диссоциативных расстройств. Под диссоциацией здесь понимается возникновение незавершенного гештальта в том смысле, что осознавание различных его составляющих отличается от обычного. Традиционно понимаемая диссоциативность как следствие вытеснения эмоционально значимых переживаний и действия других защитных механизмов представляется в этом аспекте частным случаем.

Условно можно выделить две оси диссоциации: 1) «горизонтальную», когда происходит как бы «отщепление» сфер психической жизни (эмоциональной, двигательной); 2) «вертикальную», когда не осознаются различные этапы поведенческого акта. При первом варианте чаще всего речь идет о неосознавании эмоций. Другой вид «горизонтальной» диссоциации — отчуждение поведения, проявляющегося в одних случаях в позиции «наблюдателя» — «как бы со стороны смотрел на себя», в других — в виде сомнений, действительно ли он (испытуемый) это сделал. Иногда диссоциация достигает степени расщепления «Я», хотя в практике авторов был лишь один случай, когда можно было ставить вопрос о двойной личности. Иногда в гипнотическом состоянии удается выявить несколько субличностей.

«Вертикальная» диссоциация отражает различные варианты осознавания этапов поведенческого акта. По сути, при нарушениях осознавания отчуждаться (отстраняться) может, прежде всего, та сторона психической деятельности, которая редко или никогда раньше не становилась содержанием сознания. В норме лучше осознаются цель и результат действия, сам же процесс (исполнение программы и контроль над ее протеканием), как правило, осуществляется на бессознательном уровне (Хомская, 1987). Осмысление программы при отсутствии в сознании мотива порождает ощущение безличностности (аспонтанности, непроизвольности) или отчужденности (насильственности, чувства овладения) переживаний в фантазиях, поведения в реализации. Осознание контроля над протеканием программы приводит к позиции наблюдателя, у лице парафилиями крайне затрудненной уже при фантазировании. Отсутствие в сознании цели и программы поведения демонстрирует симптом «охоты».

Частным случаем диссоциативных расстройств представляются и нарушения идентификации. При рассмотрении деперсонификации мы видели, что она часто становится механизмом субъект-объектных смешений. Нетрудно заметить, что все три вышеперечисленные ее характеристики содержат манипуляции с собственной субъективностью, суть которой — подмена ее иной, с присвоением чужих, отсутствующих у себя самого качеств.

Искажения сознания и самосознания. Клиническая практика со всей очевидностью показывает неразделимость таких нарушений у сексуальных преступников при *временных состояниях.* Однако у лиц с парафилиями иногда и в течение беседы обращают на себя внимание изменения мимики, моторики, расфокусированность взгляда, отрешенность, особенно при добросовестных попытках описать свои переживания в ситуации правонарушения.

Подобные феномены приводятся и другими исследователями. Отмечается, что серийные убийцы «дают подробные показания... при этом зачастую оживляются, как бы заново переживая значимые для них сексуально окрашенные ситуации» (Антонян, Верещагин, Потапов, Шостакович, 1997).

Пользуясь термином К. Ясперса (1997), можно охарактеризовать данный феномен как *флюктуации сознания.* Следует подчеркнуть, что речь идет не об обычной истоща-

емости у лиц с органическим поражением ЦНС, а о колебании уровня бодрствования, обусловленном другими причинами, в частности актуализацией значимых переживаний. Легкость дезинтеграции сознания у таких лиц прослеживалась и в анамнезе — в особенностях картины опьянения, о чем упоминается ниже. Проявлением действия такого же механизма представляются и иногда неосознаваемые попытки удушения в состоянии оргазма или полового возбуждения.

Временные состояния. Полиморфизм клинической картины таких состояний делает затруднительной их квалификацию в существующих психопатологических терминах. Однако с целью достижения первичной упорядоченности феноменов нами использовались критерии помрачения сознания К. Ясперса, в соответствии с которыми они были систематизированы следующим образом.

I. *Нарушения восприятия*

А. Дереализация, проявляющаяся в изменении чувства реальности, ощущении чуждости окружающего, а также — в необычайности и странности внешнего мира. Возникает субъективное впечатление неуловимого своеобразного изменения в окружающем мире: «Все изменилось, стало неясным, размытым, как в тумане». В то же время испытуемые сознают, что в действительности никаких изменений в окружающем не произошло. Так, один из испытуемых рассказывал, что в голове появился непонятный шум, гул, «восприятие реальности как будто провалилось». Некоторые говорят о наступлении «тьмы». По мере нарастания тяжести такого состояния критическое отношение к изменениям восприятия нарушается, появляется ощущение истинного изменения окружающего. Однозначное отнесение описываемого феномена к расстройствам восприятия представляется сомнительным хотя бы ввиду того, что на первом этапе менялось не столько само восприятие окружающего, сколько отношение к этому восприятию, выражавшееся в попытках интерпретации происходящего вокруг. Однако именно для дереализации характерно описание изменений словами неопределенного значения при явных затруднениях в подборе самих слов.

Б. Состояния deja vu и jamais vu. И в этом случае отнесение феноменов к кругу обманов восприятия спорно, т. к. речь идет не о нарушении восприятия как такового, а о расстройстве соотнесенности воспринимаемого с различными отрезками времени — прошлым и будущим — с дезактуализацией текущего настоящего.

В. Аллестезии — расстройства узнавания. Для данных феноменов характерно искажение узнавания, когда реальные объекты частично (форма тела, детали одежды) принимались за «объекты» из фантазирования, перцепторных предвосхищений или «вещих снов». Так, один из испытуемых утверждал, что он нападал только на женщин, уже встречавшихся ему ранее «в сновидениях»: он «узнавал» их по фигуре, размерам тела, плащу. Данный феномен нельзя однозначно квалифицировать как ложное узнавание хотя бы потому, что нам недоступно содержание идеаторной активности, кроме как из его описания больными. Можно предположить наличие по меньшей мере двух механизмов образования этого симптома. Во-первых, действительное соответствие указываемых параметров, что согласуется с концепцией релизеров, запускающих поведение и определяющих выбор жертвы. Если в обычных условиях выбор объекта, к примеру, сексуального влечения происходит на подсознательном уровне, то здесь мы имеем дело с частичным осознаванием этого процесса, возможно, вследствие изменения направленности фокуса сознания. Во-вторых, нельзя исключить механизм проекции, т. е. случаи, когда выпадение отдельных параметров перцептивного поля компенсируется восприятием мнимых, исходящих из памяти испытуемого, как бы заполняющих возникшие пробелы. В последнем случае отнесение феномена к ложным узнаваниям неоспоримо.

Г. Количественное изменение в виде усиления, уменьшения или полного исчезновения восприятия стимулов разных модальностей: зрения, слуха (гипер- и гипоакузия), вкуса, обоняния, тактильной чувствительности, проприорецепции. Испытуемые отмечали, что «свет лампы становился чрезвычайно ярким или, наоборот, тусклым», «стук каблучков становился чрезвычайно громким», «речь жертвы — невнятной, непонятной, тихой», т. е. наблюдались сенсорные гипо-, гиперестезии. По мере нарастания тяжести расстройств отмечаются парестезии на фоне снижения или утраты способности к различению стимулов внутри одной модальности: зрения — появление «неясных пятен, бликов» при исчезновении бокового зрения; слуха — отдаленное звучание отдельных непонятных криков, шумов при утрате дифференциации звуков; обоняния и вкуса — изменение характера переживания ощущения неприятных, отвратительных запахов, вне данного состояния сохранявших негативно-эмоциональное значение (так, в одном из наблюдений испытуемый заставлял потерпевших испражняться, размазывал собственными руками каловые массы по телу жертв, в другом — ел испражнения, пил кровь, вопреки обычно свойственной ему брезгливости); нарушение болевой чувствительности вплоть до полной анестезии. Изменение восприятия по модальностям отражается на поведении испытуемых. Избирательная концентрация на стимулах определенной модальности выражается в напряженном сосредоточении на виде агонии, конвульсиях, издаваемых жертвой хрипах, клокотании в горле крови. Ответная реакция появляется только на сильные раздражители (крик, собственная боль). Испытуемые на длительное время (1-2 часа) остаются рядом с трупом, меняют положение тела, разглядывают его, производят с ним различные манипуляции. Некоторые из них отмечают, что при прикосновении к жертвам (тело, колготки и т. д.) впечатление нереальности, как правило, исчезает. Часто в это время испытуемые также затрудняются в определении, жива жертва или мертва, и в ряде случаев только прикосновение к трупу дает понимание факта смерти.

II. *Нарушения ориентировки*

А. В пространстве, имевшие различную степень дезориентировки — от полной до частичной. Способность ориентироваться в пространстве связана с глубиной расстройства сознания, иногда распространяется на всю обстановку, иногда колеблется в процессе реализации парафильного акта. Так, один из испытуемых, совершив серию агрессивных действий с потерпевшей, внезапно спросил у нее: «Где я? Кто ты, что здесь делаешь?» При этом внешний виду него был растерянный, недоуменный, непонимающий. Другой испытуемый, опять же после серии агрессивных актов, вышел из квартиры полностью обнаженным, растерянным, оглушенным, не мог ответить ни на один вопрос относительно его местонахождения. Отмечается сужение субъективного пространства с фиксированностью на дороге, тропе или жертве. При анализе материалов уголовных дел, показаний испытуемых видно, что у них меняется способ ориентировки, он уподобляется женскому, т. е. с установкой не на расстояние, направление сторон света, а на материальные объекты. Нельзя категорично утверждать, что этот феномен появляется только в состоянии расстроенного сознания, поскольку не исключено, что это свойственно испытуемым изначально в силу иной организации мозговой деятельности.

Б. Во времени — изменение скорости течения времени, когда возникает субъективное ощущение ускорения, замедления или остановки времени. Так, некоторые испытуемые не могли точно сказать, какое время они пребывали в «том» состоянии, называли промежутки времени либо слишком краткие, либо, наоборот, чрезмерно длительные, не совпадавшие с объективными данными, показаниями свидетелей. Примечательно, что подобные нарушения скорости течения времени встречаются и вне клинически очерченных нарушений сознания. Для них характерны высказывания типа: «Дни мелькают

как в календаре», или, напротив: «День течет, как один год». Описано возникновение подобных ощущений в период гипнотического сеанса, при интенсивных эмоциональных переживаниях. При глубоких помрачениях сознания дезориентировка во времени носит иной характер, в воспоминаниях сохраняется ощущение «внезапности», «выключения», мгновенности случившегося. Так, многие испытуемые, сообщая о своих ощущениях времени, употребляли довольно однотипные фразы: «Я выключился», «...провалился», «Сколько прошло времени — не знаю», ждали показаний потерпевших.

В. В собственной личности — от состояния отчуждения (соматического, психического) до полной утраты представлений о себе. Данные психопатологические феномены можно рассматривать как деперсонализационные. В одних случаях они относятся к ведущим психопатологическим образованиям, в других — лишь эпизод между автоматизированными действиями, появляются в начале приступа или после его окончания. К этой группе феноменов можно отнести и упомянутое выше ощущение нереальности или сомнения в реальности собственного поведения при реализации парафильного акта. Соматопсихическая деперсонализация выражается в ощущениях «неловкости» в теле, «мышечного оцепенения», «скованности» или «легкости», увеличения или уменьшения скорости собственных движений. В последующем появляется аутопсихическая деперсонализация в виде «раздвоения «Я», распространяющаяся на речевые и двигательные акты. Прежнее «Я» лишается своих чувств, свободных действий, произвольных воспоминаний. Действия приобретают насильственный характер, отмечаются отстраненность, сосредоточенность на процессе активности. Некоторые испытуемые чувствуют вторжение посторонней силы, противодействующей свободным актам. По мере нарастания глубины расстроенного сознания они начинают как бы видеть себя и жертву со стороны, «как в кино», «наблюдать» собственные непривычно четкие, целенаправленные действия, измененный внешний вид, застывший взгляд, маскообразное лицо. В других случаях «зрительно» воспроизводятся только действия с жертвой. Состояние отчужденности сохраняется у испытуемых и в дальнейшем, что видно из их поведения, описания собственных ощущений («объективная», от третьего лица, манера изложения; восприятие случившегося как абсолютно чуждого его личности; чувство, что это был «тяжелый сон», «фильм ужасов»).

III. *Анализ мышления* испытуемых проводится по показаниям потерпевших, указывающих на «странные высказывания», «напряженную молчаливость». Чаще всего испытуемые действуют безмолвно. Некоторые из потерпевших даже не могли понять, что с ними собираются сделать — ограбить, изнасиловать или убить. На вопросы потерпевших или свидетелей испытуемые отвечают невпопад, бессвязно, без осмысления вопросов. Они поясняют, что «не понимают, как все это произошло», голова работала «непривычно ясно» или, наоборот, они ощущали необычайный гул, шум, мешающий сосредоточиться, «ни о чем не думалось», «тело работало отдельно от мыслей». В других случаях они поясняют, что в голове не было никаких мыслей, например, относительно убийства, было только желание прикоснуться, после чего возникало «непонятное оцепенение».

Таким образом, с учетом вербального и невербального поведения, самоотчетов испытуемых можно предположить, что у индивидуумов наблюдаются расстройства ассоциативной сферы, причем в одних случаях мышление замедлено, заторможено, в других — бессвязно. Основной феномен, указывающий на глубину расстройства сознания, — автоматизированные действия. Можно выделить речевые и моторные автоматизмы. При первых вербальное общение с жертвой обедняется, сокращается до отрывочных приказов, команд, употребляются только глаголы. Отмечается изменение модуляции голоса в виде монотонности фраз. В других случаях проявлений тех же авто-

матизмов наблюдается стереотипность высказываний, их непроизвольное повторение (персеверации).

Моторные автоматизмы присутствуют в двух формах: 1) стереотипные поведенческие паттерны, характеризующиеся деструктивными действиями, направленными на себя или на жертву. Они отличаются нарастанием клишированности с каждым последующим актом, приобретением все большей целенаправленности и отточенности, автоматизированности движений; 2) фрагментация поведения, когда хаотическое психомоторное возбуждение чередуется с внешне упорядоченным поведением. Испытуемые производят впечатление выпивших, бросается в глаза их растерянность, наблюдается диспраксия.

IV. *Расстройства памяти,* возникающие при состояниях измененного сознания, можно разделить на три типа:

1) гипермнезия в виде восстановления в памяти мелких эмоционально значимых деталей, особенно — воспоминаний облика жертвы, подробностей ее одежды, поведения;

2) «диссоциативная» амнезия, когда представление о ранее пережитом живо вспоминается, наблюдается наряду с невозможностью припоминания своих действий или переживаний в данной ситуации. Или в другом случае — чередование возможности и невозможности вспомнить их после совершения преступления, что подтверждается материалами уголовных дел, где показания испытуемых носили «мерцающий» характер. Согласно МКБ-10, основной признак диссоциативной амнезии — потеря памяти на недавние эмоционально значимые события, общий признак — невозможность вспомнить события в состоянии бодрствования, т. е. речь идет о памяти, связанной с разными состояниями сознания;

3) собственно амнезия, выявляющаяся обычно после фазы сна, когда испытуемые лишь по чувству слабости, недомогания, разбитости предполагают, что с ними что-то произошло (тотальная амнезия). В ряде случаев при вербальном контакте с испытуемыми отмечались нарушения памяти в виде неравномерности воспоминаний, неточности, смещения по времени, «провалов» памяти (парциальная амнезия). Для последнего расстройства памяти характерны более отчетливые показания при первых допросах. Невербальное поведение при этих видах амнезий характеризуется растерянностью, недоуменностью.

По длительности отмечается амнезия двух видов — селективная и локализованная.

В зависимости от клинической картины вегетативных нарушений, сочетающихся с эмоциональными расстройствами (изменения телесных и висцеральных ощущений, возбуждение, выраженный тремор, субъективные ощущения «тряски» с усилением потоотделения, тахикардией, жаждой, одышкой, чувством страха, голода, последующим сном), в одних случаях можно было говорить о преобладании симпатоадреналовых феноменов, в других — парасимпатических, однако чаще всего наблюдалась смешанная симптоматика. Из показаний потерпевших, оценивавших внешний вид нападавших (состояние зрачков, неестественный блеск глаз, взгляд, как у наркомана — «застывший, мутный»; влажность, сухость, сальность кожных покровов; тяжелое дыхание, обильная слюна, дрожь рук, всего тела и т. д.), также видна включенность вегетативной сферы.

Таким образом, с учетом разнообразной клинической картины, преобладания одних психопатологических феноменов над другими или параллельного их течения можно говорить о нескольких видах расстроенного сознания в период реализации парафильного акта. Всего выделено пять типов таких состояний измененного сознания.

1. Нарушения сознания, которые по клиническим характеристикам можно отнести к *«особым состояниям сознания»* по М. О. Гуревичу (1936). К ним автор причисляет

расстройства «без генерализованных тотальных нарушений сознания, не сопровождающиеся амнезией и проявляющиеся в эндогенных изменениях со стороны восприятия (дезинтеграция психосенсорного синтеза), а также мышления и эффективности». Лакунарность расстройств при особых состояниях выражается не только в отсутствии амнезии, но и в том, что по окончании приступа испытуемые критически относятся к пережитому. Критерии данного типа расстройств таковы: дереализация; частичная дезориентировка в пространстве (пространственная «ограниченность») и времени (нарушение скорости течения); нарушения мышления (заторможенность, замедление); аффективные нарушения (тоскливая депрессия). Для этих состояний характерно отсутствие речевых, двигательных автоматизмов, амнезии. В физическом и психическом статусе испытуемого после состояния измененного сознания отмечается улучшение самочувствия. Длительность расстройств достигает 2-3 часов.

2. *Диссоциативные расстройства сознания в виде трансов.* Клиническая характеристика этого типа расстройств дана в МКБ-10. Критерии данного типа расстройств следующие: изменения восприятия в виде нарушений узнавания, аллестезий; дезориентировка в пространстве и времени; перцепторные предвосхищения, воспоминания; дезориентировка в собственной личности (деперсонализация) — соматопсихическая и аутопсихическая (раздвоение «Я», чуждость собственных действий, воспоминаний, воли, мыслей, утрата произвольности, ощущения управления некоей силой, состояние зрителя); нарушения мышления (слабость суждений, невозможность суждений); речевые автоматизмы (изменение модуляции, монотонность, металлический оттенок голоса, заученный характер высказываний, стереотипный набор повторяющихся фраз и т. д.); двигательные автоматизмы (стереотипные целенаправленные, отточенные агрессивные действия); расстройства памяти (гипермнезии, диссоциативная амнезия). Психическое и физическое состояние после транса характеризуется улучшением самочувствия. Длительность расстройств достигает 4-5 часов.

3. Состояния расстроенного сознания *с преобладанием диэнцефальной симптоматики.* Клиническая картина данного типа расстройств характеризуется сочетанием психопатологических феноменов в виде психосенсорных, аффективных нарушений с диэнцефальными пароксизмами. Критериями диагностики подобных состояний: изменения восприятия (аллестезий); соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); речевые и двигательные автоматизмы; аффективные расстройства; диэнцефальные расстройства (симпатоадреналовые, парасимпатические, смешанные пароксизмы); расстройства памяти (собственно амнезия, селективная). Психическое и физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, резкой усталостью, нередко наступает сон. Длительность состояния составляет от нескольких минут до 1 часа.

4. Состояния нарушенного сознания в виде *сумеречных расстройств.* Согласно МКБ-10, они внесены в рубрику диссоциативных расстройств. Возникают остро под влиянием алкоголя, психотравмы или других отрицательных воздействий. Критериями данной квалификации являются: выраженные нарушения восприятия; полная дезориентировка в пространстве и во времени (состояние «выключенности»); полная дезориентировка в собственной личности; нарушения мышления (бессвязность); речевые автоматизмы или отсутствие речи; двигательные автоматизмы (стереотипные агрессивные целенаправленные и отточенные действия или хаотическое моторное возбуждение); аффективные расстройства витального характера; расстройства памяти (собственно амнезия —локализованная, антероградная, ретроградная). Психическое и физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, часто заканчивается сном. Длительность состояния — от 30 минут до 1,5-2 часов.

5. *Аффективно суженные расстройства сознания* характеризуются пароксизмальными аффективными и вегетососудистыми нарушениями в сочетании с другими психопатологическими феноменами, реже — с расстройствами восприятия (притупление, обострение) на фоне общей сохранности личности. Анализ структуры этих пароксизмов и субъективных переживаний испытуемых затруднен возникающей при этом состоянии амнезией, носящей селективный, реже — локализованный характер. Электроэнцефалографические исследования указывают на пароксизмальную активность в височных долях, преимущественно слева. Клиническая картина сходна с проявлениями височной эпилепсии. К критериям данного типа относятся: частичная дезориентировка в пространстве и во времени или состояние «выключенное™»; соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); нарушения мышления (слабость суждений, вплоть до остановки ассоциативных процессов); речевые автоматизмы — двигательные автоматизмы — аффективные нарушения витального характера (дисфория, тревога, тоска, ужас, страх); расстройства памяти (селективная амнезия, локализованная амнезия). Психическое и физическое состояние характеризуется в дальнейшем слабостью, нередко заканчивается сном. Длительность состояния — от 20-30 минут до 1 часа.

Психопатологический подход к нарушениям аффективного компонента половой идентичности позволяет выделить расстройства импрессивного, субъективного и экспрессивного аспектов.

Нарушения *импрессивного* аспекта выражаются в нарушении распознавания эмоционального состояния других людей, прежде всего — жертвы в ситуации преступления.

Клинически это может проявляться в утверждениях испытуемых, что жертва сама хотела сексуального контакта, провоцировала его. Однако в большинстве случаев речь идет о том, что, во-первых, можно объективно констатировать, что поведение жертвы не влияло на поведение преступника; во-вторых, сами испытуемые затрудняются в квалификации эмоциональных переживаний жертвы. Среди обследованных можно выделить три группы: 1) лица с общей эмоциональной дефицитарностью, когда нарушены и распознавание эмоций, и ответ по типу снижения; 2) лица с нарушением эмоционального ответа, когда на демонстрацию отрицательных эмоций жертвы испытуемые отвечали положительными по знаку, что характерно для лиц с парафилиями в большей степени, чем для насильников; 3) лица с нарушениями эмпатии (сочетание нарушения распознавания эмоций и ответа, хотя диагностика первого часто затруднительна) только в период реализации аномального влечения. Подобное исчезновение эмпатии может иметь место также в состоянии алкогольного опьянения и зеркально противоречить обычной эмпатичности.

Хорошим предиктором изменения эмпатичности служит поведение в состоянии опьянения. В большинстве случаев можно говорить о сходстве картины опьянения с поведением при реализации парафильного влечения в трезвом состоянии.

Нарушения *субъективного* аспекта проявляются в следующих особенностях: 1) преобладание смешанных (сплав отрицательных с положительными) переживаний до и в период реализации парафильного акта, что в большинстве случаев сменяется однозначным эмоциональным состоянием (астено-депрессивным или эйфорическим) после реализации; 2) несовпадение субъективных переживаний на фоне отрицательных эмоций с вегетативной основой (семяизвержение с отсутствием разрядки, с тревогой, страхом; сексуальное возбуждение с отсутствием эрекции); 3) высокий удельный вес витальных, протопатических эмоций (страх, ярость) при редукции тонких, дифференцированных эмоциональных проявлений (жалость, сочувствие).

Наряду с вышеупомянутыми особенностями наблюдаются варианты более простых случаев, когда по клинической картине можно выделить следующие формы: 1) приступы сильнейшей раздражительности, доходящей до ярости, с чувством тоски, злобы; подобные состояния возникают аутохтонно, предваряя парафильный акт или сопровождая его, иногда длятся и после случившегося; 2) состояния экстаза с ощущением могущества, «сверхчеловека», познания «чего-то великого» или преодоления себя («Я смог это сделать»), появляющиеся обычно после завершения парафильного акта.

Подобные состояния представляются тесно связанными с нарушениями идентичности, поскольку клинически отражают как ощущения дезинтеграции, утраты целостности, противоречивости переживаний до парафильных действий, так и своеобразное временное «восстановление» этой целостности, «скрепляемой» силой аффекта после реализации.

Нарушения *экспрессивного* аспекта заметны в особенностях невербального поведения. При клиническом осмотре у некоторых испытуемых при описании своих переживаний отмечаются стереотипии поз (трясение, мотание головой, телом), жестов (трение ладоней, манипуляции кистями, судорожное сжатие рук), высокая интенсивность аутогрумминга, что расценивается как проявления смещенной активности. Из показаний жертв иногда удается получить информацию о своеобразии невербального поведения испытуемых и при деликте. Другое проявление нарушений этого аспекта — алекситимия. Причем наряду с ее классической картиной наблюдаются состояния, которые правильнее было бы охарактеризовать как алекситимоподобные. Их основное отличие — патологическое фантазирование у лиц с парафилиями. Кроме этого, можно говорить о двух разных вариантах подобных расстройств. Во-первых, снижение способности к вербализации своих эмоциональных переживаний и телесных ощущений распространяется только на период реализации аномального сексуального влечения или на описание периода перед реализацией. Период после реализации в большинстве случаев описывается значительно подробнее, особенно если речь идет о выраженном аффективном состоянии «приподнятости» или, наоборот, подавленности с идеями самообвинения. Во-вторых, возможен и обратный вариант, когда наиболее подробное описание касается в основном переживаний, связанных с аномальным сексуальным влечением, в то время как вербализация переживаний обыденной жизни весьма скудна. Вышеизложенное вкупе с особенностями невербального поведения (изменение мимики, моторики, расфокусированность взгляда, отрешенность) позволяют высказать предположение о том, что в основе таких состояний лежат флюктуации сознания. Есть данные, что алекситимия отрицательно коррелируете возможностью планировать и контролировать свои действия и связана с ангедонией.

К нарушениям этого же плана относится и такая особенность невербального поведения, как внешняя фемининность, усиливающаяся в стрессовой ситуации и проявляющаяся в преобладании мимики и поз над жестами, что считается более характерным для женщин. Представляется сходной роль особенностей невербального поведения в коммуникации; эти нарушения затрудняют распознавание эмоций другими людьми, в том числе жертвами, что снижает возможности регуляции поведения.

Из нарушений *пространственного аспекта* идентичности можно отметить: I) конверсионные расстройства, проявляющиеся в отчуждении различных областей тела и функций; 2) снижение способности отличия внешнего пространства от внутреннего: фантазий от реальности, субьекта от обьекта.

Нарушения *временного аспекта* идентичности представлены в изменении соотнесенности переживаний с временными периодами. Клинически это выражается в появ-

лении феноменов перцепторного предвосхищения и перцепторных воспоминаний. В некоторых случаях их возникновение однозначно связано только с местом преступления, т. е. восприятие территории как бы запускает воспроизведение всех связанных с ней переживаний. Перцепторные воспоминания порой приносят большую разрядку, чем сами агрессивные действия, они возвращают испытуемым чувство реальности по отношению к преступлению. Перцепторные предвосхищения выражаются в уверенности испытуемых в том, что они как будто бы «предвидели» настоящие события в деталях: путь, местность, внешний вид жертвы, одежду, предполагаемые с нею (ним) действия. Некоторые испытуемые утверждают, что «все события, имевшие место в предвосхищениях, как бы повторяются» (копируется внешний вид жертвы, действия и т. п.) и что все это «было предопределено». Аналогом перцепторных предвосхищений можно считать и «вещие» сны.

18.3.3. Дистония—синтония

Под *эго-дистоническим* отношением к своему сексуальному влечению понимается обычно наличие критики к нему, что позволяет пациенту бороться с ним. Очевидно, для этого необходимо осознавание того, что это влечение чуждо личности пациента, присутствие внутрипсихического конфликта. В психопатологическом аспекте речь идет о навязчивом, обсессивном характере влечения. Представляется, что наличие у индивида стратегий «совладания» также можно отнести к проявлениям эго-дистонии: на подсознательном уровне личность пытается заместить не удовлетворяющее ее поведение.

Понятие *эго-синтонии* отражает спаянность личности с аномальным влечением, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним. Внутрипсихического конфликта при этом нет, действия приобретают характер импульсивных.

В основе формирования эго-синтонической формы парафилий лежат различные механизмы:

1. Эго-синтоническое принятие девиантных побуждений в пубертатном периоде, до осознания их противоречия социальным стандартам. В этих случаях возникает вопрос о степени зрелости психики такой личности.

2. Заведомая неспособность руководствоваться социальными нормами поведения, знание которых остается в лучшем случае «декларативным» и не становится «реальным». В этих ситуациях внутриличностного конфликта может и не быть, однако тогда встает вопрос о характеристике личности, не сумевшей интериоризировать их.

18.3.4. Компульсивность—импульсивность

Под сексуальной компульсивностью понимают отчужденность возникающих побуждений, их аутохтонный, насильственный характер. У таких лиц присутствует понимание неестественности и болезненности своих переживаний, возникает внутренний конфликт. Влечения в этих случаях у больных возникают непроизвольно, часто на фоне астенических состояний и дисфории. Их возникновению сопутствуют аффективные нарушения, проявляющиеся в виде страха, тревоги, эмоциональной лабильности. Возникшее желание быстро приобретает характер доминирующей идеи, имеет выраженную побудительную силу, препятствует осуществлению привычных действий, сопровождается борьбой мотивов, чему сопутствует нарастание напряженности, раздражительности, тревоги. Попытки сдерживания возникшего влечения приводят к усилению эмоционального напряжения и беспокойства. В результате желание становится непод-

властным индивидууму и толкает его на осуществление своего влечения. Реализация влечения в этом клиническом варианте сопровождается субъективным чувством облегчения, зачастую вскоре сменяющимся ощущением неадекватности совершаемого поступка. Нередко этому сопутствует парциальная амнезия. Однако ясное представление о сути совершенного ими вызывает у таких лиц снижение настроения с идеями самообвинения и самоуничижения, с переживанием чувства стыда и раскаяния, с вялостью и ригидностью. При импульсивных расстройствах сексуальное влечение возникает внезапно для больного, его реализации не предшествуют внутренняя проработка и борьба мотивов. Не будучи даже осознанным, оно реализуется без учета ситуации и обстановки. Этап выхода из этого состояния характеризуется кратковременным чувством облегчения и одновременно состоянием вялости, прострации.

18.3.5. Аддикция

Аддиктивный этап динамики парафилий характеризуется уходом больного от реальности, изоляцией от общества с постепенным упрощением отношения к самому себе, выработкой определенного аддиктивного ритма, фиксацией на заранее предсказуемой эмоции, выработанной стереотипным образом. И, что самое главное, с достижением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система.

Как представляется, аддиктивность или зависимость, как более обобщающее понятие, применимо и к компульсивным, и к импульсивным формам парафилий. Последние же, хотя и могут быть этапами динамики патологического влечения, по клинической своей сути иллюстрируют различные психопатологические состояния. Неслучайно и своеобразие парафильной активности, свойственное каждому из них. Например, в отличие от жестко фиксированного сценария, целиком определяемого внутренней ритуальной программой при компульсивных парафилиях, импульсивное сексуальное поведение нередко модифицируется в соответствии с характером внешнего стимула, варьируя от чисто педофильной до садистической активности.

Представленные феномены, конечно же, не исчерпывают всей клинической картины, наблюдаемой у лице парафилиями. Все отмеченные признаки, находясь в неразрывной связи, иллюстрируют всего лишь поведенческие и психопатологические проявления собственно парафильного акта. Этот акт, однако, оказывается сложным и многокомпонентным клиническим образованием как по содержанию, так и по форме проявления.

18.3.6. Варианты динамики парафилий

Оценка вариантов течения парафилий, по нашему мнению, должна опираться на сопоставление изменений клинической картины с направлением нормального онтогенеза и с учетом последовательности его этапов.

Стационарный. При данном типе динамики аномальное сексуальное поведение отличается высокой степенью стереотипности, многократно повторяется один рисунок поведения с одинаковыми субъективными переживаниями.

Прогрессивный. О данном типе течения можно говорить, когда при смене синдромов или видоизменении, уже имеющихся в клинической картине болезни, появляются формы поведения или переживаний, присущие определенным периодам нормативного онтогенеза и «выпавшие» в ходе развития именно данного индивида. У серийного сексуального преступника Г. после ряда садистических убийств мальчиков в переживаниях

стали появляться эротические элементы, возникли потребность в ласках, тенденция к избирательности поведения (правда, выразившаяся в чудовищно-гротескной форме: наиболее понравившегося мальчика он мучил дольше других). В другом случае стереотип поведения серийного насильника П. стали прерывать слезы жертв, появилось чувство жалости к ним. Может также наблюдаться смена дистантных способов патологической коммуникации (эксгибиционизм) на контактные. Другой критерий этого типа течения — смена объекта влечения с приближением к нормативному (гомосексуальный — на гетеро-, педо ---- на эфебофильный).

Регрессивный. В этом случае в качестве первого критерия выступает смена синдромов на более онтогенетически ранние или архаические: изнасилования, гомосексуальные анальные половые акты или фелляция сменяются агрессивно-садистическим поведением, некрофилия — стремлением к издевательству над трупами (некросадизм) или каннибализмом. Второй критерий — также смена объекта влечения с удалением от нормативного. Третий — утрата обратной связи (реакция жертвы перестает иметь значение и регулировать поведение), что свидетельствует о распаде коммуникации.

18.3.7. Дизонтогенетические расстройства

Нарушения индивидуального онтогенеза в различные периоды жизни (прежде всего в детском возрасте) — одно из патогенетических звеньев формирования аддикций, в том числе и сексуальных. К факторам, предрасполагающим к развитию аддикций, по мнению Ц. П. Короленко и др. (2000), могут быть отнесены семейные и внесемейные взаимодействия. Есть типы воспитания, создающие более высокий риск возникновения аддиктивного поведения, что наблюдается при социальной депривации. Большое значение в развитии аддикций имеет такой фактор, как психологическая травма, перенесенная в детстве, насилие над детьми, отсутствие заботы с предоставлением детей самих себе.

Нарушения индивидуального психического и сексуального онтогенеза могут рассматриваться как этап формирования сексуальных аддикций. Отсутствие или нарушение ранних этапов психосексуального развития приводят к грубым деформациям, затрагивающим ядро личности. Нарушение этапа полового самосознания в ряде случаев обусловливает дальнейшие искажения полового развития с последующим формированием расстройств половой идентичности и парафилий, что наблюдается при аутизме.

Ц. П. Короленко и др. (2000) уделяют особое внимание в развитии аддиктивного поведения механизмам фиксации: «Выбранный человеком способ существования подействовал, понравился и зафиксировался в сознании как наконец-то найденное действующее средство, обеспечивающее хорошее состояние», в последующем «реализации, раздумья, фантазии на аддиктивную тему занимают большое количество времени и энергии» у аддикта.

По мнению В. В. Ковалева (1985), при формировании аддикций происходит высвобождение и фиксация более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования, когда могут проявиться модели поведения, свойственные детству и подавляемые с возрастом.

Формирование сексуальных аддикций также возможно по механизму фиксации: в анамнезе некоторых больных с эксгибиционизмом удается выявить эпизод, когда они видели акт обнажения другого лица со стороны. Это четко зафиксировалось в воспоминаниях с двойной эмоциональной окраской — страха и интереса. По-видимому, некоторые формы фиксированного поведения, в том числе и парафильного, возникают именно по этому механизму (Ткаченко и др., 2001).

Ц. П. Короленко и др. (2000) подчеркивают, что формирование сексуальных аддикций начинается очень рано на фоне общего аддиктивного процесса, сопровождаются конструированием особой системы «верований и убеждений». Г. П. Юрьев (2005) данный этап определил как возникновение «виртуальной реальности». На следующем этапе происходит ритуализация самого аддиктивного сексуального поведения, с последующей потерей контроля над своим поведением (фаза компульсивного аддиктивного поведения). Последняя стадия предполагает уход от реальности, появление аутодеструктивных тенденций.

Этологические исследования показали, что существует филогенетическое ограничение набора поведенческих форм (агрессия, инверсия, смещенная активность, регрессия и др.). Их рамки насыщаются у человека различным смысловым, в том числе социально значимым содержанием. Одновременно это обращает к проблемам тех дизонтогенетических, органических и психологических условий, которые создают возможности для выявления, фиксации и стереотипизации форм поведения, тем более что внутри упомянутого филогенетического лимита остается достаточная вариабельность, допускающая разнообразный спектр индивидуальных различий.

В 1891 г. американский ученый П. Кирнан попытался объяснить садизм, исходя из воззрений на конъюгацию (половой акт некоторых низших животных) как на акт каннибализма с поглощением партнера. Сравнивая эти проявления с садистическим поведением у людей, он, считая, что половой голод и половое влечение в основе идентичны, заявлял, что половой каннибализм животных имеет место и у высших их представителей, в том числе у человека, что садизм представляет собой явление атавизма.

К. Фройнд (1988), исходя из общих закономерностей прекопулятивного поведения животных и человека, предложил для понимания парафилий теорию расстройств ухаживания. Согласно этой теории, причины аномального полового поведения коренятся в нарушениях прекоитального взаимодействия, что вызывает такие типы поведения, как амбивалентное и компромиссное, переадресованную активность, а также агрессивное, регрессивное поведение и половую инверсию, имеющие непосредственное отношение к аналогиям с парафильным поведением. Наиболее общим поведенческим феноменом, охватывающим перечисленные случаи и возникающим в конфликтных ситуациях, является смещенная активность. Этим термином обычно обозначается поведение, никак не связанное ни с одной из конфликтных тенденций, явно не соответствующее обстановке, в которой оно реализуется; большинство видов такого поведения представляет собой наиболее легко вызываемые и наиболее часто выполняемые поведенческие акты. Смещенная активность, как правило, бывает незавершенной и более короткой, по сравнение с обычными однородными действиями, часто наблюдается при половых или агрессивных столкновениях, когда прежде всего и возникают мотивационные конфликты. Одна из основных черт смещенной активности — ее ритуализация. В ее основе, как полагают, лежит эволюционный процесс, благодаря ему определенные комплексы поведения модифицируются таким образом, чтобы осуществлять коммуникативную функцию. В процессе ритуализации формы поведения претерпевают различные изменения, становятся стереотипными и неполными. Движения становятся незавершенными, а порой превращаются просто в символические акты.

Наряду со смещенной активностью имеется ряд других моделей поведения, позволяющих не ограничиваться прямыми аналогиями с поведением животных и оценить степень аномальности поведения больных с позиций его функционального значения и особенностей регуляции. Так, другой характерной для конфликтных ситуаций формой поведения считаются комплексы фиксированных движений. Такие свойственные ему

признаки, как независимость от внешних раздражителей, предсказуемость без обратной связи, функция ослабления напряжения и беспокойства, вполне угадываемы в клинических характеристиках аутохтонного, стереотипного аддиктивного поведения, что в том числе свойственно парафилиям.

Таким образом, нарушения психосексуального развития являются одним из предиспозиционных факторов формирования сексуальных аддикций и требуют своего рассмотрения.

18.3.8. Нарушения психического онтогенеза (дизонтогенез самосознания)

Параутистические состояния. Клинические характеристики, свойственные аутистическим формированиям, встречаются у лиц с нарушениями половой идентичности и парафилиями наиболее часто. К возрасту 3-4 лет обычно становятся очевидными неравномерность психомоторного развития и задержки речи, недостаточная эмоциональность, склонность к ритуальному поведению и стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения. Однако основные трудности — трудности общения. Во многих случаях все эти клинические признаки складываются в типичный комплекс детского аутизма, не имеющего, однако, психотической трансформации. Требуемые стереотипы поведения усваиваются механически при малой интернализации коммуникативных установок. Даже кажущаяся легкость общения на поверку оказывается лишенной истинного взаимодействия и понимания в контактах.

Среди личностных особенностей отмечаются медлительность, осторожность, приверженность устоявшимся традициям, вплоть до крайнего консерватизма, склонность придерживаться жизненных стереотипов и трудности принятия нового. Это гармонично сочетается со свойственными таким детям сложностями в межличностных контактах при высокой значимости оценок окружающих, с выраженной неуверенностью, нерешительностью и тревожностью.

Характерны невропатические проявления, причем ригидные страхи часто сочетаются с полным отсутствием чувства опасности в других сферах поведения, нередко становящегося рискованным. В детском возрасте наиболее часты невротические эпизоды снохождения, сноговорения, ночных страхов, энуреза, заикания. Их истинная природа на данном этапе развития с трудом поддается дифференциальной диагностике. Представляя в этот период некий спектр однородных феноменов, они лишь впоследствии приобретают более отчетливую форму истинно невротических, истероподобных или пароксизмальных проявлений, оставаясь сходными по своему содержанию. В ряде случаев отмечается трансформация первоначально, казалось бы, явно истерических припадков со спазмами в горле, трудностями речи, характерными фугами с их психогенным возникновением в судорожные приступы, обычно ночные, со специфической аффективной дисфорической и деперсонализационно-дереализационной аурой. Общими остаются стержневые для этих проявлений повышенная тревожность, легкость возникновения реакций страха и испуга.

При отсутствии полной картины детского аутизма наблюдаются реакции и личностные развития в сторону ограничения и свертывания общения. Чаще всего это мальчики с невротическими расстройствами и шизоидным радикалом. Одно из условий, предопределяющее трудности общения, — соматические нарушения и любые дефекты, формирующие проблемный характер коммуникаций, ценностную переориентацию, пере-

формирование телесного и психического «Я». В этих случаях речь идет о псевдоаутистических образованиях в силу сохранности предпосылок способности к общению.

Потологическое фантазирование. Первоначально фантазирование отличается конкретностью, образностью, целенаправленностью, реальностью, произвольностью. Представления возникают на фоне ясного сознания и большей частью свидетельствуют о некотором усилении детской мечтательности. Такие дети мечтают о поездке с родителями на море, путешествиях и т. д. Помимо этих достаточно невинных представлений параллельно включаются гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования. Дети уходят в мир грез от реальности с неотделимыми от нее коммуникативными трудностями, недооценкой или даже насмешками и оскорблениями, мнимыми или действительными. Обычно в препубертатном возрасте происходит коренная трансформация фантазирования, заключающаяся в том, что его произвольный характер уступает место непроизвольности и даже неодолимости привычных представлений. Фантазирование, имея свой непатологический аналог в нормальной психике подростка, постепенно приобретает патологический характер: вымыслы становятся более значимыми, чем события реальной действительности, переходят на сверхценный уровень с постепенным формированием готовности и стремления к реализации фантастических построений. Под влиянием опосредованных психогенных факторов, формирующихся отдельных дисморфофобических переживаний обнаруживается тенденция к усилению и нарастанию черт аутохтонности с включением агрессивно-садистических элементов.

Возникающие представления сопровождаются иллюзорным восприятием действительности, дисфорическим оттенком настроения, их продолжительность достигает нескольких часов. В этот период формируется «зрительный образ» будущей жертвы-объекта согласно намечающейся сексуальной ориентации с представлением себя в роли «фашиста», палача, сцен пыток над одноклассниками и т. д. В период фантазирования наблюдается изменение аффективного фона — от злобно-напряженного до состояния «внутреннего успокоения». Последний феномен означает, что фантазирование взяло на себя своеобразную роль эмоциональной регуляции.

В пубертатном возрасте, а иногда и значительно позже в силу ретардированного становления сексуальности уже сформировавшееся агрессивно-садистическое фантазирование начинает включать элементы платонического и эротического либидо. Именно в этот момент стереотипность и непроизвольность фантазирования с соответствующим содержанием создают клинически необходимый набор для диагностики парафилий, поскольку наличие подобной, даже исключительно идеаторной, активности подразумевает захват сферы влечений. С этого момента фантазирование теряет защитную функцию, приобретая, напротив, побудительную силу. Свидетельствуя о незрелости психики, синдром фантазирования одновременно сам становится препятствием на пути гармоничного развития психосексуальной ориентации, блокируя на всех его ступенях переход фазы формирования установки в реализацию полового влечения.

К указанным особенностям присоединяются выраженные дистимические и дисфорические расстройства, характеризующиеся болями за грудиной, ощущением физического давления в области легких, раздражением, «радостным посасыванием». Таким образом, при анализе аффективных расстройств четко выявляются витальный и соматопсихический компоненты, контрастные эмоциональные переживания.

В пубертатном возрасте с учащением эпизодов фантазирования усиливаются и дисморфофобические переживания. На их фоне формируются отдельные сенситивные идеи отношения, носящие отрывочный, неразвернутый характер, а также сверхценные образования, определяющие однонаправленный, стереотипный хараь гер активности. На сверх-

ценном этапе патологическое фантазирование сближается по структуре с другими феноменами аутистического мышления. Этому способствуют нарастающая оторванность от реальной обстановки, пассивная отдача себя во власть возникающих представлений с фиксацией на самом процессе фантазирования, представляющем самостоятельную ценность как вид деятельности и доставляющем основное удовольствие. В этом — коренное отличие феномена от обычного эротического фантазирования, имеющего инструментальное, вспомогательное значение при достижении оргастического переживания. Интеллектуальная деятельность при этом приобретает не только монотематический, но и стереотипизированный, клишированный характер с постоянным возвратом к уже привычным, однообразным образам и представлениям, к тем сюжетным коллизиям, на которых было прервано фантазирование. Фантазии занимают большую часть жизни индивидуумов, они не могут сосредоточиться, заниматься обычными делами, не находят себе места. Реальная жизнь становится лишь неизбежной паузой между любимыми занятиями, вызывающими изменение эмоционального состояния с повышением настроения и достижением известной психической разрядки.

Содержание фантазий уже в начальном периоде может свидетельствовать о формировании патологических влечений, чаще всего агрессивно-садистического характера, поскольку сразу может включать представление соответствующих сцен и сюжетов, в более или менее явном виде отражая наличие деструктивных тенденций. Не менее показательны увлечения и интересы, в скрытой и смещенной форме отражающие те же установки. Будучи ограничены преимущественно игровыми видами деятельности, так или иначе связанными с содержанием фантазий, они включают образы власти, доминирования либо, напротив, подчинения и послушания, поначалу не содержащие эротических компонентов.

Содержание представлений приобретает еще большую агрессивность, исчезает связь с психотравмирующей ситуацией, возникает потребность в их реализации. Однако в конце подросткового периода, на фоне формирования сверхценных, однонаправленных увлечений, тенденция к фантазированию может редуцироваться, замещаться выбранной личностной стратегией поведения с частичным воплощением фантазий, в том числе в социально приемлемых формах. Болезненные переживания становятся все более скудными и даже теряют актуальность. Однако в дальнейшем даже незначительные психогенно-травмирующие обстоятельства, несмотря на некоторое улучшение психического состояния (исчезновение дисморфофобических переживаний, сенситивных идей отношения), могут актуализировать фантазии с агрессивно-садистической структурой. Они характеризуются малой выраженностью эротического и сексуального компонентов, глубиной садистических переживаний. Именно в этих условиях происходит реализация фантазий— запоздалый переход в фазу научения и закрепления установки, к этому времени обычно непоправимо деформированной. О теснейшей и неразрывной связи формирующегося поведенческого стереотипа с патологическим фантазированием свидетельствует сам характер девиантных актов, не только полностью соответствующих сложившемуся ранее в воображении сценарию, но и часто представляющих собой целое театрализованное действо с концентрацией на процессе игровой деятельности, деперсонификацией объекта и собственной отстраненностью от происходящего.

В процессе становящейся стереотипной девиантной активности непроизвольность парафильных представлений и побуждений сменяется их желанностью, приемлемостью, а парафилии приобретают эго-синтонический характер. Представления при непроизвольном фантазировании «обрабатываются», с каждым днем подвергаясь творческому развитию. Соответственно имеющимся личностным особенностям, эти представле-

ния насыщаются прагматизмом, расчетливостью, схематизмом, рациональностью. Между личностью и имеющимися представлениями исчезают конфликт, «борьба», дисгармония. Одновременно с этим в каждом случае для фантазий требуются «интенсивность» ощущений, «эксперимент», «психологический подъем», что достигается уже лишь при реализации представлений. После реализации, несмотря на «полученные положительные эмоции», состояние «покоя» бывает все более непродолжительным, желание «вспомнить» полученные ощущения, представить все в зрительных образах возникает с прежней силой, что усиливается аффективным компонентом, «ностальгическими», по выражению одного из испытуемых, проявлениями. В сознании постоянно формируются «новые сцены пыток», причем если в первых случаях фантазирования удовлетворение наступает от физических страданий потерпевших, то в дальнейшем формируется потребность «подавлять их морально» (своей властью разрушать детскую дружбу, способствовать предательству и т. д.). При этом ощущение собственной власти выражается в «возвышенных чувствах», «электрическом разряде» и других трудно вербализуемых переживаниях. Каждый ежедневный поиск новой жертвы сопровождается «анализом» полученных ощущений, тогда как прежние интересы дезактуализируются. Сам процесс фантазирования постепенно становится все менее достаточным, для его эффективности требуются некоторые специфические стимулы, обычно в виде символических фетишей, воплощающих образы прежних жертв.

Сверхценные образования. Один из наиболее ранних выявляемых феноменов — склонность к различным по стойкости сверхценным увлечениям, отражающая особенности психического склада этих лице характерной для них ригидностью психофизиологических процессов. Впоследствии та же ригидность обусловливает как личностные характеристики этих лиц, так и некоторые психопатологические феномены.

Среди психопатологических образований обнаруживаются различные виды сверхценных образований и увлечений, в том числе коллекционирование. Зачастую испытуемыми педантично систематизируются совершенно ненужные и бесполезные вещи, различный хлам, т. е. процесс собирания имеет самоценный характер. Один из испытуемых подобным образом хранил грязное старое белье, банные веники и шапки из парилки, которые он приносил из бани, где работал. Нередко эта деятельность представляет собой как бы «застывшие» интересы аутичного детства и часто свидетельствует о потере всякой брезгливости.

Потеря чувства брезгливости, отражающая особую измененную эмоциональность с дезинтеграцией аффективных проявлений, вообще свойственна лицам с парафилиями. В ряде случаев именно предметы и вещи, в обычных условиях связанные с ощущением брезгливости, приобретают значение сексуального стимула. Данное отличие от общепринятых эмоциональных реакций может сказываться и в обыденной жизни: проявляться в пренебрежении к своей одежде, к чистоте. Однако может наблюдаться и обратная картина, когда при эротической манипуляции именно подобными предметами в обиходе особенно подчеркивается стремление к аккуратности, педантизму, а их несоблюдение сопровождается реакциями раздражения.

Среди феноменов у лиц с парафилиями в детском и подростковом возрасте часто встречается повышенная тяга к контактам с животными. Наиболее известны в этом плане факты жестокого обращения с животными. Так, «ненависть и насилие по отношению к кошкам» причисляются к тем условиям, которые оказываются предикторами сексуального насилия или сексуального убийства (Revitch, Schlesinger, 1988). Специально рекомендуется при обследовании лиц, совершивших изнасилования, расспрашивать их о подростковом делинквентном поведении, поскольку садистические насильники часто в

этом возрасте обнаруживают «такое не явно сексуальное» поведение, как жестокость к животным и частое участие в драках (Groth, 1979).

Однако подобное поведение может быть частью более общего феномена, заключающегося в явном предпочтении контактов с животными, не всегда окрашенных в агрессивно-деструктивные тона. Зачастую эти интересы приближаются к сверхценным, аффективно окрашиваются, реализовываются не только без поддержки, но и вопреки желаниям родителей. Характерно, что внимания и эмоций, обращенных на животных, никогда не удостаиваются близкие и другие окружающие, в отношении которых такие дети остаются холодны, безразличны, а иногда и агрессивны. Эти интересы могут постепенно приобретать и откровенно сексуальные тона. Так, например, один из испытуемых, имевший 15 аквариумов, часами мог просиживать возле них, испытывая половое возбуждение во время нереста. По крайней мере, в этом интересе проявляется концентрация на биологических аспектах существования животных.

Не всегда оценка подобных увлечений окружающими однозначна, поскольку любовь к животным, граничащая с зоофилией, может перерастать в откровенно садистические действия. В подобном изменении отношения, по-видимому, отражается динамика увлечения, направленного на замещающий человеческий объект. В одном случае использование животного (кошки) носило даже сознательное замещение сформированного человеческого объекта, в отношении которого, однако, в тот период реализация садистических влечений была невозможна. Выбор животного для реализации эмоциональных, в том числе эротических, потребностей можно объяснить и желанностью данного объекта в силу отсутствия у него субъективности.

Садистические действия с животными способствуют ускорению динамики влечения, приводя к реализации садистических фантазий в отношении человеческого объекта, нередко отождествлявшегося с животным. Так, у одного из испытуемых первые в жизни действия в отношении женщины, направленные на продление ее мучений и включавшие тягчайшие повреждения с отрезанием ушей, выбиванием глаз и т. д., почти полностью повторяли его прежние многочисленные манипуляции с кошками, казнь которых всегда доставляла ему удовольствие и улучшала настроение. Во многом действия с животными объясняются аутистическим характером соответствующего садистического фантазирования, для его «подпитки» используются переживания, испытываемые во время их истязания. Точно так же, как затем легко осуществляется переход к человеческому объекту, это фантазирование одновременно насыщается нарциссическими элементами с мазохистской направленностью. Причем представляемые мучения подчас полностью идентичны реальным истязаниям животных испытуемыми.

Именно в этих фантазиях могут осуществляться истинные побуждения, тогда как в отношении другого человеческого объекта предпринимаются лишь условные, заместительные садистические действия. Иногда переход от животных к человеку опосредуется этапом замещающего фетишистского объекта. По отношению к нему, однако, предпринимаются те же самые действия. Так было в одном из случаев садистического поведения, которому предшествовало истязание животных с последующим их сожжением, сменившееся затем тягой к сжиганию женского белья. Параллельно могут осуществляться элементы садистических побуждений, не окрашенные в явно эротические тона, — подкалывание одноклассников булавками, пачкание мелом чужой одежды, издевательства над девочками и младшими школьниками и т. п. Это свидетельствует о том, что агрессивно-садистические действия приобретают для больного собственную значимость.

Готовность к продуцированию сверхценных образований охватывает и чисто сексуальные проявления различных стадий либидо, что заметно, например, уже на понятий-

ной стадии по систематическоу штудированию специальной литературы по половым вопросам, пристрастию к литературной и кинопродукции агрессивно-садистического и порнографического содержания, увлечению анатомией, повышенному интересу к строению тела, в особенности женских гениталий.

Можно выделить критерии патологичности двух последних клинических феноменов, практически идентичные таковым же критериям аномальности парафильного поведения и заключающиеся в совокупности следующих признаков: 1) аутохтонность; 2) стереотипность, клишированность представлений и интересов; 3) исчезновение связи с реальной (например, психотравмирующей) ситуацией; 4) аспонтанность, проявляющаяся в непроизвольности, неодолимости, отчуждении; 5) связь с аффективными расстройствами; 6) приобретение данными феноменами либо активностью, с ними связанной, функции аддиктивной эмоциональной саморегуляции.

Цисморфофобические и дисморфоманические расстройства. По мере приближения к пубертатному периоду на первое место выступают расстройства, характерные для кризиса идентичности и связанные с комплексом неполноценности. Первоначально в структуре кризиса появляется переживание своей недостаточности и несоответствия ожиданиям окружающих с легким возникновением чувства тревоги и невротических расстройств.

В дальнейшем эти неясные ощущения находят завершение в различных дисморфофобических (дисморфоманических) образованиях. Спектр их необычайно широк и разнообразен и включает как отдельные отрывочные и нестойкие идеи, имеющие более или менее реальную основу, так и более глобальные расстройства, отражающие стойкое убеждение в наличии несуществующего дефекта. Часто при этом возникает «симптом зеркала», когда испытуемые подолгу смотрятся в зеркало в поисках желаемых изменений. Иногда этот феномен «антинарциссизма» чисто поведенчески напоминает нарциссическое поведение, хотя в своих переживаниях имеет абсолютно противоположную основу. Нередко эти расстройства сосуществуют с явно нарциссическим восприятием своего тела и внешности. Это примечательно, т. к. обычно эти два феномена рассматриваются как альтернативные и противоположные друг другу.

Будучи причастными к расстройствам осознания «Я», в частности телесного «Я», данные психопатологические феномены смыкаются с деперсонализационными (Беззубова, 1993). Являясь одним из следствий слабой или нарушенной идентификации с маскулинной ролью, данный феномен рождает новые. Например, различные сенситивные идеи, не только переживающиеся, но и сказывающиеся на поведении больного. К примеру, один из испытуемых с гомосексуальным влечением постоянно уклонялся от мытья в группе мальчиков, не желая обнажать в присутствии сверстников свое «дефектное» тело. Данное поведение сближается с поведением лиц с измененным половым самосознанием, несмотря на различную мотивацию.

Таким образом, сочетание патологического фантазирования, сверхценных образований и расстройств влечений сближает психопатологические особенности группы лиц с парафилиями с клиникой патологического (дисгармонического) пубертатного криза. В их основе — ретардация психического развития, нарушающая в первую очередь закономерную этапность формирования самосознания и отношений: отношение к миру предметов, выделение человека из мира предметов, отношение к другому человеку как к субъекту и, наконец, идентификация себя как субъекта и объекта познания, как личности. Правомерность рассмотрения именно этих психопатологических феноменов объясняется не только тем, что они подготавливают основы клинического своеобразия более зрелых возрастных периодов, но и потому, что именно они во многом сами его определяют, а иногда и исчерпывают.

18.3.9. Нарушения сексуального онтогенеза (дизонтогенез половой идентичности)

В отличие от предложенного J. Money (1990) определения половой идентичности как «ощущения принадлежности к определенному полу», представляется более целесообразным рассматривать ее в качестве аспекта самосознания. При этом учитывать как субъективную феноменологию, так и поведенческие проявления на различных этапах психосексуального развития. Отсутствие целостности полового самосознания вследствие незавершенности этапов его становления делает необходимой оценку всех этапов развития, не ограничиваясь сферой психосексуальных ориентации.

Данные феномены представляют собой континуум от клинически очерченных патологических вариантов, подпадающих под содержащиеся в МКБ-10 критерии, до состояний субклинического уровня, являющихся патогенетической и патопластической базой расстройств, лежащих вне сферы полового самосознания.

В целом клиническая картина нарушений *базисной половой идентичности* определяется в первую очередь расстройствами психического и физического «Я».

О нарушении психического «Я» свидетельствуют следующие феномены.

1. Предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола с раннего детства (сколько себя помнит); иногда можно говорить об отсутствии предпочтения партнеров в играх по половому признаку. В некоторых случаях испытуемые отвергают факт предпочтения, указывая на то, что «так сложились обстоятельства», однако это объяснение, даже если ему верить, очевидно, не имеет существенного значения. Только в небольшом числе наблюдений можно констатировать, что этот феномен не нашел своего дальнейшего отражения в особенностях психосексуального развития.
2. Смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) или не соответствующий полу. Предпочтение игр с другим полом в детстве и избегание соревновательных спортивных игр в пубертате связаны с расстройствами половой идентичности.
3. Отождествление себя с театральными или литературными персонажами противоположного пола.

О нарушении физического «Я» говорят следующие признаки.

1. Предпочтение внешних атрибутов другого пола. Здесь могут наблюдаться, по сути, две противоположные тенденции, а именно прямое предпочтение и утрированное противопоставление. Последнее, очевидно носящее защитный характер, в большинстве случаев на момент поведения не осознается. Однако у достаточно интеллектуально сохранных испытуемых на момент обследования выявляется ретроспективное сознание этого факта.
2. Негативное восприятие собственного телесного облика. Характерно здесь то, что поставленные в ряд дисморфоманических (фобических) феноменов нарциссические проявления могут сочетаться с тенденциями, свойственными противоположному полу и заключающимися в особом значении собственной привлекательности, живом отклике на похвалы своей внешности. Если учитывать эти особенности, то одновременное появление дисморфоманических и нарциссических тенденций вполне закономерно, поскольку обе они отражают неосознанное тяготение к некоему идеальному образу с женственными чертами, независимо от сознательного стремления к соответствию маскулинным стандартам.

Клиническая картина полоролевой трансформации также определяется в первую очередь расстройствами психического и физического «Я».

15 Зак. .4806

О нарушении психического «Я» свидетельствуют следующие феномены.

1. Переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола. И. С. Кон (1998) пишет, что ощущение непохожести на сверстников чрезвычайно характерно для гомосексуалов. Сознание своей непохожести вызывает чувство неловкости, напряженности. С. Бем (1974) называет его неспецифическим автономным возбуждением, впоследствии эротизирующимся. Гетеросексуальные дети чаще испытывают его в обществе представителей противоположного, а гомосексуальные — своего пола. Понятно, что при аутистических и парааутистических состояниях, описанных выше, субъективные переживания подобного рода могут отсутствовать, однако общий смысл данного феномена — невозможность референции с ровесниками — остается неизменным.

2. Предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли. Сюда относятся увлечение кулинарией, шитьем, сверхценное отношение к уходу за детьми или к ведению домашнего хозяйства и т. п. А. Я. Перехов (1996) также описывает у больных фетишным трансвестизмом с синдромом отвергания пола амфифилию и амфисоциальность.

3. Элементы гиперролевого (гипермаскулинного) поведения, обусловленного гиперкомпенсацией трансформации.

Нарушение физического «Я» имеет следующие признаки.

1. Негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола. В отличие от случаев транссексуализма, речь идет о менее грубых расстройствах. Иногда мастурбация носит вычурный характер (между подушками, между ногами). Объяснить такое предпочтение можно было бы случайной находкой, однако обращает на себя внимание то, что при переходе к обычной мануальной мастурбации семяизвержение не наступает или ощущения «не такие сильные».

2. Стремление физически походить на противоположный пол или фобия такого сходства. Нередко дисморфоманические переживания относятся не к каким-то частям тела, а ко всему телу в целом. Оно, например, может казаться более соответствующим строению и фигуре противоположного пола. Вследствие этих переживаний наступает резкое ухудшение коммуникации со сверстниками своего пола, не обязательно сопровождающееся адаптацией в группе противоположного пола, что ведет к недифференцированной половой социализации. Такие лица оказываются в полной изоляции, не будучи способны примкнуть к какой-либо референтной группе, обозначенной по половому признаку. Нередко в подобных случаях проблема коммуникации разрешается не в «горизонтальном», а в «вертикальном» направлении, когда наиболее приемлемой становится группа младших по возрасту, причем избранных уже в соответствии с формирующимся объектом психосексуальной ориентации. Иногда подобные феномены обнаруживаются только в повторяющихся снах, где испытуемый видит себя в зеркале в женской одежде или без нее «особенно красивым».

На этапе формирования психосексуальных ориентации для рассматриваемого варианта нарушений половой идентичности характерно следующее.

1. Генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок. Враждебное отношение к женщинам и безличностный секс характерны для сексуальных агрессоров против женщин. N. Chodorow (1978) в качестве факторов, влияющих на искажение полоролевого поведения, выделяет: а) отсутствие мужской идентификации (с отцом), без адекватной модели маскулинности мальчик вынужден утверждаться в мужской половой роли путем отклонения в себе черт «фемининности»

и также — путем принятия культурных стереотипов маскулинности, зачастую по гипермаскулинному типу; б) потребность в эмоциональной зависимости, депривация которой приводит к формированию у личности страха близких эмоциональных контактов, способствующего возникновению тенденции к частой смене партнеров и неспособности к установлению длительных связей, основанных на чувствах, что формирует эмоциональное безразличие, дезинтегрирует сексуальность и сферу чувств. Таким образом, поскольку мужчина стремится идентифицировать себя с культурными эталонами маскулинности, он отклоняет в себе все то, что воспринимается им как нарушение этих эталонов. Потребность подавлять эти свои черты приводит его к представлению о «порочных и запретных» женщинах, потому что они кажутся ему воплощением отвергаемой «фемининности».

2. Предпочтение общения с женщинами. И. С. Кон (1998) отмечает, что жесткое психологическое давление побуждает мальчиков искоренять в себе женственность, и большинство из них с этой задачей более или менее справляются. Однако тем, у кого фемининных задатков изначально больше, сделать это значительно труднее. Процесс дефеминизации у них затягивается, порождая устойчивые, иногда продолжающиеся всю жизнь, сомнения в своей маскулинности. Такие мальчики уютнее чувствуют себя в менее соревновательном женском обществе.

3. Психологическая неудовлетворенность при сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

4. Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола.

5. Выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола (в сексуальных контактах предоставление инициативы женщине, пассивная роль или элементы деперсонификации партнера (позы).

6. Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства (прежде всего в нормативных гетеросексуальных контактах). Описана «редуцированная» маскулинность у мужчин с эректильной дисфункцией (Weiss, Kozmikova, Urbanek, 1995).

Перечисленные проявления нарушений половой идентичности по основным характеристикам приближаются к вариантам расстройств половой идентичности (GID), предусмотренным МКБ-10, отличаясь от них, прежде всего, снижением осознаваемости их субъектом, что дает возможность говорить о патологическом неосознаваемом варианте расстройства половой идентичности.

18.4. Механизмы психосексуального дизонтогенеза

Г. С. Васильченко с соавт. (1983) выделяют три вида сексуального дизонтогенеза: задержку, преждевременное половое развитие и дисгармонию (расхождение психо- и соматосексуального развития). Однако используемая ими шкала половой конституции не учитывает многокомпонентность психосексуального развития.

Общие закономерности патологии психосексуального развития вытекают из нарушений его нормативных характеристик.

1. В норме фаза научения должна предшествовать фазе реализации. При инверсии фаз (как бывает, к примеру, при совращении детей с ранним половым созреванием) продемонстрированная модель сексуального поведения, ситуативно связавшаяся с эмоциональным стрессом по механизму импринтинга, стереотипно воспроизводится в последующем, блокируя нормативные проявления. Самый частый пример — копирование акта гомосексуального насилия жертвой в роли агрессора. Если же фаза реализации

по каким-то причинам выпала на своем этапе, то она может переноситься на более поздние, приобретая регрессивную форму, пример которой — типичная сексуальная активность педофила (разглядывание и ощупывание половых органов).

2. При нарушении развития сексуальности на ранних стадиях ослабление биологической детерминации полового поведения выражено в минимальной степени, что проявляется в повышении удельного веса агрессивных действий и частой недифференцированности сексуального объекта при парафилиях.

3. Клиническая картина нарушений психосексуального развития будет складываться из проявлений расстройств на этапе воздействия патогенного фактора (возможно, в ходе развития частично компенсированных расстройств) и феноменов искаженного формирования последующих этапов.

В то же время можно говорить и об относительной независимости нарушений на разных этапах. Так, у транссексуалов с инверсией половой роли может наблюдаться направленность влечения на людей такого же психического пола или садизм, а выраженная полоролевая трансформация может сочетаться с гетеросексуальной направленностью либидо.

18.4.1. Расстройства формирования базовой половой идентичности

Нарушения *фазы научения.* Расстройства базовой половой идентичности могут определяться различными патогенными механизмами, затрагивающими обе фазы. Так, нарушения фазы научения иногда связаны с искаженностью усвоения половых различий. Чрезвычайно велика в этом роль родителей.

Еще З. Фрейд указывал на семейные факторы, способствующие развитию гомосексуальности. В одном случае это властная, авторитарная мать и слабый отец, т. е. дефицит мужского начала, мальчику не с кем идентифицироваться; в другом случае, наоборот, слишком сильный и жесткий отец, подавляющий ребенка, вызывает у мальчика эффект отталкивания и психологическую феминизацию. Однако такая полярность вариантов заставляет задуматься над тем, что они не становятся непосредственными причинами гомосексуальности, а обусловливают развитие состояния, являющегося предиспозицией к ней.

Имеет значение отсутствие отца в семье в генезе расстройств половой идентичности. В семьях без отцов достоверно чаще встречаются расстройства половой идентичности у мальчиков. Показано, что отсутствие отца обедняет маскулинность самообраза и межперсональные отношения у мальчиков (Beaty, 1995). Однако не обязательно речь идет о физическом отсутствии: главную роль играет эмоциональная близость, которой нет в семьях гомосексуалов. Препятствием к этой близости может быть алкоголизм. Даже возраст, в котором отец оставляет семью, по-разному сказывается на становлении гомосексуальной ориентации (Андреев, 1993).

Роль матери представляется другой. Даже ее желание во время беременности иметь девочку, а не мальчика коррелирует с фемининностью мальчиков, если в семье уже были мальчики (Zucker, Green, Garofano, Bradley, Williams, Rebach, Sullivan, 1994). Выявлены особенности матерей мальчиков с расстройствами половой идентичности: у них чаще, чем у здоровых, встречались депрессивные расстройства и пограничные расстройства личности; чаще наблюдался симбиоз с детьми и попытки ограничить автономность (Marantz, Coates, 1991). Эмоциональные реакции матерей более важны, чем отцов, — это предиктор отклоняющегося поведения в подростковом возрасте.

Сравнение групп лиц с парафилиями и лиц, совершивших изнасилования, показывает, что лица с парафилиями воспитывались без отца почти в два раза чаще, чем лица без таковых, а лица с педофилией более чем в 20% случаев получили воспитание в детском доме (Введенский, 2000).

Для лиц с аномалиями сексуального влечения характерна эмоциональная близость с матерями, особенно это присуще эксгибиционистам. В случае сохранения эмоциональной близости (и тем более симбиотических отношений) жесткие, властные матери формируют у ребенка искаженное обобщенное представление о женщинах. Так, испытуемый А. утверждал, что все женщины — жестокие, решительные, что, собственно, было характеристикой его матери. Серийный убийца С. даже осознавал, что выбрал себе жену, похожую на мать, и их отношения повторяли его отношения с матерью. Для такой идентификации характерно двойственное, амбивалентное отношение к женщинам: сочетание привязанности с ненавистью, что в некоторых случаях сопровождалось инцестуозными снами с поллюциями.

Таким образом, нарушения фазы научения определяются двумя факторами: 1) эмоциональной близостью с матерью, которая становится особенно патогенной в отсутствие отца при наличии у нее маскулинных черт; 2) для лиц с педофилией оказывается значимым отсутствие родительских образов.

Нарушения *фазы реализации.* Нарушения фазы реализации могут быть связаны с отсутствием игр, удовлетворяющих любопытство к строению гениталий, что в дальнейшем, возможно, получает отражение в типично педофильном поведении.

А. С. Андреев (1993) описывает при варианте гомосексуальной ориентации с низким вкладом биологических факторов ранний интерес к сексуальным играм. У детей с аутизмом отмечены особенности половой идентификации (Каган, 1981): первые вопросы о различии полов, происхождении детей отчетливо запаздывают, идентификационное предпочтение игр выражено слабо. Практически полностью отсутствуют игры в «доктора», «папу и маму». Вместе с тем уже в дошкольном возрасте могут иметь место манипуляторная мастурбация, условно сексуальные проявления, «оргастические ритуалы». Иногда при грубоорганических картинах это носит характер сексуального интереса к людям при отсутствии общения как такового. При аутизме встречаются и предпочтения игрушек и игр противоположного пола.

Для лице аномальным сексуальным поведением характерно выпадение игр с разглядыванием и ощупыванием органов противоположного пола. Однако у лиц с аномалиями сексуального влечения память на события раннего детства в большинстве случаев сохранена плохо, а само запоминание подобных событий часто связано именно с аффективной, чаще всего несексуальной, окрашенностью подобных событий, которая тем не менее впоследствии могла оцениваться как эротическая. Более того, в ряде случаев в пубертате или после начинали воспроизводиться именно такие эпизоды. При последнем варианте клинически прослеживается стремление к воспроизведению отдельных стимулов первичной ситуации («задорный детский смех» испытуемого Е., желание испытуемого К., чтобы мальчик помочился в рот).

Оценка ранней сексуализации поведения должна быть осторожной, во многих случаях сексуальный интерес в первичной ситуации приписывается ретроспективно. Однако даже при таком подходе ранняя допубертатная мастурбация и сексуализация поведения достоверно чаще встречаются в группе лиц с парафилиями. При шизофрении достаточно типична мастурбация с эякуляцией без оргазма, при органическом поражении ЦНС чаще наблюдается обратный вариант — оргазм без эякуляции. Также достоверно чаще лица с парафилиями начинали половую жизнь до 12 лет или с ненормативных сексуальных контактов.

Таким образом, для лиц с нарушениями половой идентичности в целом характерно выпадение этапа любопытства к половым органам противоположного пола, однако ранняя допубертатная мастурбация и сексуализация поведения более присущи лицам с парафилиями.

Расстройства половой роли. Л. М. Василенко (1995) описывает при мужском варианте транссексуализма этап латентной половой идентификации: поведение в духе «нейтрального пола», при этом усвоение противоположных полоролевых качеств было замедлено, наблюдалась противоположная компенсаторная активность на идеаторном уровне (в мечтах, фантазиях, сновидениях), трансвестизм был частичным и эпизодичным. Длительность этого этапа различна. У 70% мужчин он затягивался до 16-17 лет, полоролевые отклонения носили скрытый характер и проявлялись избирательно, в приемлемой обстановке. Далее развивалась противоположная ролевая компенсация и актуализация внутриличностного конфликта.

А. С. Андреев (1993) описывает при типичном конституциональном варианте гомосексуальной ориентации гетеросоциальность и гетерофилию с детства, трансвестизм (с целью комфорта), фантазии отождествления с женщиной (с сексуальным оттенком без примерки социальной женской роли); при типичном варианте патосексуального развития с высоким вкладом биологических предиспозиционных факторов наблюдалась амфофилия и амфосоциальность, после накопления опыта понятийной стадии и последующей гомосексуальной инициации — этап сомнений в собственной сексуальной идентичности; при варианте с низким вкладом биологических факторов отмечалась социализация по маскулинному типу, формирование мужской половой роли.

Среди сексуальных преступников нарушения фазы научения проявляются в сохранении равнозначности признаков пола. При этом внешние признаки пола в последующем начинают играть роль основы для ролевой самоидентификации (одежда — при трансвестизме, отдельные тактильные стимулы или запах — при фетишизме) или обусловливают поверхностное (внешнее) усвоение половой роли. Испытуемый В.: «Раз я ношу штаны, значит, я мужчина». Характерно также отсутствие понимания отличия женской психологии от мужской.

Нарушения *фазы реализации* характеризуются отсутствием ролевых игр («дочки-матери» и т. п.), что приводит к недостаточному усвоению и пониманию половых стереотипов поведения как в общем плане (асоциальное поведение), так и в сексуальном (нет фиксированного сексуального сценария, выражено сексуальное экспериментирование в виде девиаций). При этом формируются гиперролевое поведение и трансформация половой роли как варианты компенсации неосознаваемого несоответствия идеалу маскулинности или фемининности.

Таким образом, характерными для нарушений половой идентичности представляются сохранение равнозначности признаков пола и выпадение ролевых игр или этапа дистинкции.

Расстройства психосексуальной ориентации. Л. М. Василенко (1995) описывает при мужском варианте транссексуализма сохранение порядка стадий психосексуального развития с удлинением фаз платонического и эротического либидо, запоздалым формированием сексуального либидо в 60% случаев. При формировании гомосексуальной ориентации в типичном варианте патосексуального развития с высоким вкладом биологических предиспозиционных факторов «пубертат отсрочен, платонической стадии нет», наблюдается мастурбация без эякуляции и оргазма, далее «утилитарно-гедонистическая мотивация, промискуитет, безличный секс, эпизодические гетеросексуальные связи, всегда с сексуальными нарушениями» (Андреев, 1993).

А. *Я.* Перехов (1996) отмечает при фетишистском трансвестизме отсутствие платонического либидо, преобладание эротического. У сексуальных преступников часты нарушения психосексуального развития, расстройства сексуальной жизни, сексуальные девиации и атипичная ЭЭГ.

Среди сексуальных преступников в целом чаще наблюдается не просто отставание по времени стадии психосексуальных ориентации, но и изменение порядка чередования этапов развития.

Платоническое либидо. Нарушение фазы научения проявляется в редукции этого компонента либидо. Многие испытуемые при рассказах о своих сексуальных партнершах не могут описать их как персон, дать им личностную характеристику. При этом обращает на себя внимание отсутствие сопереживательного, эмпатийного компонента, в выраженных случаях отмечается неспособность дифференцировать половое влечение и эрекцию.

В отсутствие на этом этапе *фазы реализации* она переносится на более поздние периоды, часто замещая собственно эротическую и сексуальную активность и приобретая при этом гротескный, гипертрофированный вид. Это проявляется, например, в «обожествлении» женщины («комплекс мадонны») при психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах. В последующем у таких пациентов наблюдаются садистические действия по отношению к женщинам (сохранение стереотипа путем «перевертывания»). Фактически это не фаза либидо, а подсознательный выбор референтной группы в рамках аутоидентификации. Совпадение объекта референции и объекта сексуального влечения ведет к двойственному эмоциональному отношению к нему — это «любовь и ненависть», сексуальная притягательность и враждебность.

При парафилиях чаще, чем среди совершивших изнасилования, встречается гипертрофия платонической фазы либидо с редукцией сексуального.

Эротическое либидо. Отсутствие у ряда пациентов эротических фантазий, интереса к литературным описаниям и визуальному ряду соответствующих сцен, непонимание необходимости ласки, поцелуев или отвращение к ним, пренебрежение к прелюдии полового контакта предполагает нарушение фазы научения.

Из-за нарушения *фазы реализации* эротические фантазии при раннем соматосексуальном созревании могут получать оргастическое подкрепление, что в отсутствие контактов с другим полом может приводить либо к аутоэротической фиксации, либо к внедрению в содержание фантазий девиантных представлений с последующим приобретением ими патологической формы и появлением снов инцестуозного характера с поллюциями. У мужчин фантазии становятся более сильным сексуальным стимулом, чем реальный объект, иногда наблюдается психический онанизм.

Ласки с оргазмом могут привести к задержке формирования сексуального компонента либидо. Имеет место мастурбация с аутоэротической направленностью или в это время образ партнера присутствует в фантазиях, что приводит к фиксации на подобных формах активности, получению психологического удовлетворения в основном при ласках с обесцениванием собственно полового акта.

Сексуальное либидо. Отсутствие психологического удовлетворения, несмотря на оргазм при стандартных гетеросексуальных контактах, а также эпизодическое или перманентное изменение активности, представляется связанным с нарушением фазы научения. Характерны отсутствие эрекции или эякуляции при первом половом акте; испытуемые не видят разницы в ощущениях между мастурбацией, гомо- и гетероконтактами; часто мастурбация сосуществует с брачными отношениями или гетеросексуальными связями.

Нарушение фазы реализации проявляется в особенностях выбора объекта. Часто предпочтительным оказывается гомосексуальный объект, особенно при условии осознания направленности влечения. В отсутствие его осознания такой выбор может быть неожиданным для субъекта, часто в состоянии опьянения у таких лиц наблюдаются импульсивные акты гомосексуального насилия с садистическими действиями, что вступает в резкое противоречие с декларируемой в обычном состоянии гомофобией. При бисексуальном выборе происходят безличностные эпизодические контакты, что сходно с синдромом неразличения сексуального объекта. При гетеросексуальном объекте у мужчин иногда осуществляется геронтофильный выбор. Неосознанное предпочтение объекта проявляется в наличии эякуляции или ее облегчении при контактах со своим полом. Парциальное сохранение равнозначности признаков пола приводит к фиксации на них сексуального либидо, т. е. они могут становиться объектами влечения (фетишизм).

Таким образом, для расстройств половой идентичности при парафилиях характерны два варианта нарушений этапа психосексуальных ориентации: гипертрофия платонического либидо с редукцией сексуального и опережение сексуальным либидо других компонентов при их редукции.

18.5. Обследование лиц с сексуальными аддикциями

18.5.1. Сексологический анамнез

Большое значение имеет последовательность сбора анамнеза. По нашему мнению, в большинстве случаев годится обычная схема, соответствующая онтогенезу. Однако характеристики, даваемые родителям, иногда целесообразно уточнять до начала сбора анамнеза для того, чтобы в конце этой работы при необходимости вновь вернуться к ним. Достаточно часто приходится спрашивать об одном и том же факте не один раз, прямо и косвенно, лучше это делать через 10-15 минут, когда подробности ответа забыты.

Наследственность. Кроме обычных вопросов о психопатологической отягощенности, сексолог должен поинтересоваться случаями аномального сексуального поведения и других сексуальных расстройств среди родственников испытуемого.

Беременность и роды у **матери.** Исходя из понимания роли раннего органического поражения ЦНС в генезе парафилий, необходимо выяснение вредностей пре- и постнатального периода (соматические заболевания в период беременности, токсикозы). Важен не столько характер воздействия — токсикоз первой половины беременности, инфекции или стресс у матери, сколько время влияния такого фактора: до 11-й недели, в период формирования основных закладок ЦНС и половой дифференцировки мозга.

Хроническая стрессовая ситуация у матери во время беременности известна также как один из факторов, способных повлиять на половую дифференцировку мозга (Dorner, 1978).

Родительская семья. Пристальное внимание сексолог должен уделять описанию и характеристикам, данным испытуемым его родителям. Роль фактического или «психического» отсутствия отца в семье давно описана психоаналитиками. Один из своеобразных показателей степени «психического» отсутствия отца — его характеристика: бедная, формальная по сравнению с характеристикой матери. У лиц с расстройством половой идентичности наиболее часто встречаются следующие варианты характеристик, давае-

мых ими родителям: 1) отец — формальная, бедная, в целом положительная; мать — психологически более богатая, положительная; 2) отец — формальная, отрицательная; мать — формальная, положительная; 3) оба родителя — формальная, отрицательная. Основное значение этих характеристик заключается в том, что они позволяют предположить объект идентификации испытуемого. Конечно, категорические суждения по этому поводу неуместны, в большинстве случаев заимствуются черты обоих родителей. Однако, по-видимому, для лиц с расстройством половой идентичности характерно упрощение этих процессов, возможно, за счет сужения возможности выбора. Обращает на себя внимание когнитивное непонимание мужской психологии, что проявляется, прежде всего, в неумении описать и психологически дифференцировать мужские личности. Явное отрицательное отношение к отцу, его агрессивное поведение, физическое насилие в семье, пьянство блокируют идентификацию с ним. Однако, как показывают клинические наблюдения, даже осуждаемое поведение отца при явно негативной его оценке может копироваться в подростковом возрасте или позже. Видимо, имеет значение не только знак эмоционального отношения к данному поведению, но и интенсивность эмоциональной реакции на это поведение.

Для лиц с расстройствами половой идентичности характерна, прежде всего, эмоциональная идентификация с матерью. У ряда испытуемых можно говорить о симбиотических отношениях, когда мать ярко демонстрирует мужские черты — властность, доминирование. Испытуемый С, совершивший несколько убийств женщин, выбрал себе жену даже внешне похожую на мать, хотя амбивалентное отношение к той у него появилось уже в детстве.

Иногда имеет смысл прямо спросить испытуемого, на кого он больше похож — на отца или на мать. В некоторых случаях утверждение о внешнем сходстве содержит смысл неосознаваемого перенесения негативных или амбивалентных чувств на себя.

По мере возможности сексологу стоит составить себе представление о характере взаимоотношений между родителями пациента, вернее, о том. как они тогда оценивались испытуемым. Переоценка этого отношения с возрастом — хороший показатель психического развития и сохранности уровня критичности обследуемого, и наоборот, отсутствие таковой может свидетельствовать о психической ригидности и инфантилизме.

Кроме описанной в литературе инверсии полового воспитания ребенка, крайне патогенными представляются высказывания родителей в его присутствии, что они хотели ребенка другого пола. По-видимому, это создает у маленького человека чувство вины за свой пол и порождает сначала не вполне осознаваемое стремление к играм и роли другого пола.

Раннее развитие и болезни этого периода. Этологи считают, что искусственное кормление также может неблагоприятно влиять на последующее психическое развитие, т. к. во время кормления мать проводит тактильную стимуляцию кожи младенца, что является положительным сенсорным подкреплением формирующейся эмоциональности ребенка и поведенческим паттерном перехода от эмоциональности «внутренней», протопатической, к «внешней», эпикритической. Дети-«искусственники» по сравнению с сибсами, прошедшими через грудное вскармливание, отстают в развитии и эмоционально более холодны (Самохвалов, 1993).

При получении данных о черепно-мозговых травмах, острых психотравмирующих ситуациях, тяжелых соматических заболеваниях важно попытаться выяснить степень их последствий для психической и сексуальной сфер. Решающим считается период воздействия вредности, определяющий, каким образом будет искажено дальнейшее развитие, а также сохранность компенсаторных механизмов. Анализ своеобразия сочетания психо-

патологических симптомов с проявлениями нарушений психосексуального развития позволяет сексологу при наличии достаточно полной информации сформулировать гипотезу о том, на каком этапе онтогенеза произошло воздействие вредности. Сравнение полученных данных с известным из анамнеза возрастом травмы или заболевания дает возможность не только проверить правильность умозаключения сексолога. Их расхождение не обязательно говорит о неправильности диагностической гипотезы, но может свидетельствовать о том, что уже на момент воздействия вредности имелась определенная задержка или, что бывает гораздо реже, преждевременность развития. Это заставляет по-новому оценить роль раннего постнатального или внутриутробного факторов. Подобный онтогенетический анализ должен быть ведущим в сексологической работе.

Особенно тщательно должны анализироваться хронические заболевания. Если при острых расстройствах здоровья на первом плане по значимости для психосексуального развития выступает стресс, то при длительно воздействующих вредностях возрастает удельный вес фактора депривации. Разумеется, все вышеизложенные соображения по онтогенетическому анализу сохраняют силу. Лишение или ограничение контактов с родителями или сверстниками будет иметь разное влияние, в зависимости оттого, на каком этапе развития они происходили. Огромное значение имеют заболевания, приводящие к внешне заметным (косметическим) изменениям или ограничивающие физическое развитие, причем иногда их своеобразная психологическая интерпретация пациентом может быть не сразу понята сексологом. Так, испытуемый Л., перенеся в 11 лет резекцию доли легкого, был убежден, что о его дефекте догадываются окружающие, хотя по его поведению и внешнему виду сделать такое умозаключение было невозможно. Однако сформировавшееся у него в препубертатном возрасте ощущение неполноценности наложило отпечаток на все его дальнейшее психосексуальное развитие.

К сожалению, установить задержку или дисгармоничность физического или психического развития в раннем возрасте (в период становления половой идентичности) сексолог имеет возможность только при наличии соответствующей медицинской документации, да и то не всегда. В большинстве случаев опорой для диагностических гипотез служат лишь показания испытуемого — то, что он знает со слов родителей и родственников.

Контакт со сверстниками. Важным предиктором искажения психосексуального развития является предпочтение в играх и контактах не сверстников, а более старших лиц. С одной стороны, это связано с особенностями аутистического развития (Каган, 1981; Лебединский с соавт., 1999), когда ребенок тянется к взрослым, видя в них возможность максимального удовлетворения своих потребностей, с другой — такая коммуникация для него субъективно легче, чем контакт со сверстниками, в силу того, что большая нагрузка при общении ложится на взрослого.

Психопатологические феномены раннего возраста. Представляет определенный интерес установление возраста, с которого пациент хранит хотя бы отрывочные воспоминания. В клинической практике встречаются случаи, когда информация, полученная от других, не различается от собственных воспоминаний: при установлении этого факта нужно думать о формировании предиспозиции для диссоциативности. При шизофрении отмечаются случаи, когда испытуемый неправдоподобно рано датирует возраст первых воспоминаний. Так, испытуемый А. уверял, что помнит сцену обхода главврача в роддоме. По-видимому, это явление сходно с конфабуляциями и связано с парафренным этапом развития процесса.

Особенно важно для диагностики парафилий выявление нарушений становления самосознания в этот период. Кроме вышеупомянутого неразличения реально происходивших событий и рассказов **о** них других лиц, а также неоднократно отмеченного в

литературе неразличения фантазий и реальной жизни, следует упомянуть о задержке становления понятия «Я». Оно выражается в том, что ребенок длительное время говорит о себе в третьем лице. Интересно, что в некоторых случаях подобное парциальное недоразвитие «Я» сохраняется и в зрелом возрасте. Например, у испытуемого Г. в дневниках — с рассказами о его аномальном сексуальном поведении встречались фрагменты, где он называл себя в третьем лице.

Из клинических феноменов этого периода следует также обращать внимание на различные невропатические проявления: страхи, заикание, ночной энурез. Длительно сохраняющееся ночное недержание мочи чаще всего свидетельствует об отставании в развитии коры головного мозга, если, конечно, нет проявлений патологии спинного (например, spina bifida). Присоединение к длительному стойкому энурезу впоследствии преждевременной эякуляции должно настораживать сексолога в плане синдрома парацентральной дольки.

Существенно также выявление в раннем детстве аутистических признаков. Практика показывает достаточную трудность их диагностики на основании материалов дела. К проявлениям такого рода относятся предпочтение игр в одиночестве, монотонность, стереотипность, ритуализированность и символизм игр. В некоторых случаях наблюдается своеобразное опережение развития речи: при богатой лексике со способностью к сложным построениям фраз отмечается эмоциональная скудость или однообразные реакции раздражения с явным предпочтением ритмических стимулов. У испытуемого Д. (гомосексуальная педофилия), например, с раннего возраста была способность говорить стихами наряду с замкнутостью и предпочтением контактов со взрослыми.

Сексуальные злоупотребления в детстве. Значимость сексуального насилия для ребенка определяется в значительной мере фиксацией на активности с последующим искажением психосексуального развития. Как ранее упоминалось (Ткаченко, Введенский, 1997), при гомосексуальном насилии в детстве часто фиксируется и возраст субъекта в виде возраста предпочитаемого в будущем педофильного объекта.

Степень эмоциональной вовлеченности ребенка в сексуальные эпизоды, как уже говорилось, на основании рассказа испытуемого оценить крайне трудно, т. к. степень вытеснения этих переживаний достаточно часто весьма высока.

Роль репрессии сексуального поведения со стороны родителей в генезе сексуальных девиаций, скорее всего, преувеличена. Единичные случаи наказаний за сексуальные игры или мастурбацию в раннем детстве встречаются в практике, однако представляется, что они служат объяснением генеза аномального сексуального поведения больше для самого испытуемого. Сексолог же должен критически подходить к этому.

Сексуальные игры и манипуляции. Следует подчеркнуть, что уже само наличие какой-то сексуальной активности в возрасте до 7 лет или эмоционально окрашенных (или просто запомнившихся — аффект мог быть просто вытеснен) сцен сексуального содержания должно настораживать сексолога в плане оценки дальнейшего психо- и соматосексуального развития. В соматическом плане присутствие сексуального интереса в этом возрасте немыслимо без соответствующих изменений мозговых структур, что должно проявиться позже в виде опережения соматосексуального развития. Трудно переоценить значение этого периода и для последующего психосексуального развития.

Вариативность подобных действий значительна — от имитации полового акта и мастурбации до разглядывания и ощупывания половых органов у детей противоположного пола. Последнее само по себе безусловно нормативно. Однако эмоциональная эротическая окраска со стремлением к многократному повторению этих действий должна настораживать. Такие факты можно трактовать в пользу предположения о преждевре-

менном психосексуальном развитии, точно так же выпадение этого паттерна поведения — в пользу гипотезы о задержке. Гомосексуальная направленность подобных действий в большинстве случаев также указывает сексологу на пол предпочитаемого будущего сексуального объекта. Наименее угрожаемыми выглядят имитационные сексуальные игры без эротической окраски переживаний.

Ролевые игры. Следует учитывать как предпочтение детей другого пола в качестве партнеров по играм, так и отсутствие приоритетов по половому признаку. Даже если испытуемый утверждает, что общение с девочками в играх сложилось по не зависящим от него обстоятельствам, сам факт достаточно длительного такого контакта с исключением или ограничением общения с мальчиками-сверстниками должен быть учтен. Многие пациенты-мужчины с расстройствами половой идентичности играли в куклы и наряду с этим — в машинки, конструкторы, кубики. В ролевых играх («дочки-матери» и т. п.) изображали мам или бабушек, иногда в этих играх прослеживались тенденции к пассивному полюсу: например, один из испытуемых в играх в «больницу» всегда изображал больного, которого раздевали, осматривали, лечили.

Второй фактор — характер игр: предметно-инструментальный или эмоционально-экспрессивный. Игры в «больницу», «доктора», «папу-маму» желательно анализировать в подробностях. Испытуемый Г., например, изображал «вечно пьяного папу» и при этом «поколачивал» девочку, а испытуемый К. не любил такие игры именно потому, что ему автоматически «присваивалась» роль папы, а он хотел изображать маму. Таким образом, даже мотивы избегания или, наоборот, увлечения одной и той же игрой могут быть кардинально различны.

При аутистических играх и в фантазиях с возрастом пассивная роль может меняться на активную: испытуемый Г. представлял себя сначала мальчиком, которого наказывает «злая старшая сестра», затем — мальчиком, который сам наказывал других. В подобных сценах наказаний со сменой ролей, очевидно, и проявляется смешанный характер игр: сочетание интенсивных переживаний на уровне кинестетики и манипуляции со своим телом и телом другого.

Важно также выявление случаев отождествления пациентами себя с театральными или литературными персонажами противоположного пола, что характерно для нарушения формирования маскулинной идентичности. Примерами этого могут служить ситуации, когда один из испытуемых с удовольствием изображал в школьных спектаклях «барыню», другой в воображении представлял себя «Красной шапочкой».

Взаимоотношения с окружающими. Период агрессивного отношения мальчиков к девочкам в возрасте 8-11 лет считается характерным для нормативного становления маскулинной идентичности. Остается вопросом, насколько этот период может амнезироваться, как и период любопытства к половым органам девочек.

В период пубертата контакты со сверстниками приобретают решающее значение, всякая изоляция чревата искажением дальнейшего развития. Избегание подвижных игр соревновательного характера (футбол, хоккей и т. п.), неумение наладить контакты в группе — хотя бы в зависимой роли, тяготение к общению с девочками из-за ощущения большего психологического комфорта прямо указывают на искажение становления нормативной идентичности. Подобные проблемы в большинстве случаев самими пациентами с сексуальной сферой не связываются, иногда в качестве объяснения выдвигается отвращение к грубо маскулинным стандартам поведения, характерным для подростков: курению, циничным разговорам, особенно о девочках.

Стремление общаться с детьми, младшими по возрасту, интерес к играм с ними, стремление с пубертатного возраста к профессии учителя (особенно младших классов)

также должно обращать на себя внимание сексолога. Часто это проявление задержки психического развития, однако явное и стойкое предпочтение этих интересов контактам со сверстникам является аргументом в пользу гипотезы о формировании педофильного влечения. В большинстве случаев при педофилии осознание сексуального подтекста подобных устремлений приходит вследствие вышеупомянутой задержки позже 16--18 лет.

Принципиально важно для диагностики расстройств половой идентичности установление предпочтения общения пациентов с женщинами. Некоторые испытуемые четко разделяли свое стремление к общению с женщинами вне сексуальной сферы и влечение к половым контактам с ними, в подавляющем большинстве случаев эти объекты не совпадали. Другой вариант — утверждения больных, что с женщинами им общаться легче, чем с мужчинами, часто они имеют «подруг» (реже — ровесниц, чаще — женщин старше по возрасту). Иногда феномен имеет форму давнишней привязанности к одному человеку — воспитательнице детсада, учительнице, с которой на протяжении многих лет поддерживаются доверительные отношения.

Успеваемость и проведение досуга, увлечения. Предпочтение.тех или иных предметов в школе представляет интерес в аспекте понимания становления межполушарных взаимоотношений. Испытуемый Д. с трудом усваивал материал по математике, физике, химии, однако по русскому языку и литературе — отлично, хорошо писал сочинения, импровизировал в рифму, мог разговаривать стихами. Предпочтение гуманитарных предметов (исключая русский язык и литературу) и большие успехи в них обычно связываются с лучшим функционированием правого полушария и образным мышлением (первая сигнальная система).

Пассивность, послушность, дисциплинированность, хорошие контакты с учителями наряду с неумением общаться с ровесниками также должны направить мысль сексолога в сторону предположения о расстройстве половой идентичности. У таких мальчиков также отмечается увлечение традиционно женскими занятиями — собиранием фотографий кинозвезд, шитьем и т. п., у девочек — увлечение точными науками, подвижными спортивными играми.

Повышенный интерес к приготовлению пищи достаточно распространен у современных подростков, что, очевидно, в большей степени должно рассматриваться как культуральный сдвиг.

Даже принимая во внимание культуральные влияния, веяния моды, упорное предпочтение длинных волос или, наоборот, утрированно короткой стрижки, стремление ярко, необычно одеться или, напротив, крайняя внешняя запущенность и неряшливость, особенно если данные приоритеты сохраняются длительное время и по выходе из пубертата, — все это должно привлекать внимание врача. В отличие от естественных для этого этапа развития вариаций, здесь речь идет не о подражании какому-то конкретному лицу или группе. Иногда это абсолютно неосознаваемые предпочтения, иногда при этом отчетливо декларируется борьба девочки с внешней женственностью, миловидностью.

Эпизоды переодевания мальчиков в женскую одежду в этом возрасте также прогностически неблагоприятны. У всех без исключения лиц с трансвестизмом четко фиксируется в памяти момент первого переодевания с множеством подробностей и четко осознаваемым чувством удовлетворения, что позже может приобрести сексуальную окраску.

Сексолог должен также уметь дифференцировать нормативные варианты гиперролевого поведения в пубертате и элементы гипермаскулинного поведения, обусловленного гиперкомпенсацией трансформации и отражающего, как правило, поверхностное усвоение половой роли и потому чаще имитирующего только внешние признаки: у мужчин — увлечение силовыми видами спорта, стремление к еще большей маскулини-

зации фигуры, раннее курение, у женщин — употребление алкоголя, курение, наркотики, фубость, жестокость (мужская роль). Гетеросексуальный промискуитет у обоих полов при этом служит в основном подтверждению навязанной обществом половой роли, однако личностные предпочтения — как по объекту, так и по активности — могут не совпадать с этой ролью и проявляться в других видах сексуального или несексуального поведения.

Профессия и место работы. В литературе неоднократно указывалось на своеобразие выбора рода занятий у гомосексуальных лиц: это профессии актера, дизайнера, модельера и т. п. Общий элемент для всех этих видов деятельности — фиксация (в психологическом смысле) на внешнем облике человека, что может расцениваться как проявление особой выраженности физического «Я» в самосознании.

Рассмотрение профессий, в данной культуре относящихся к женским (повар, педагог, парикмахер и т. п.), имеет определенное значение для диагностики расстройств половой идентичности.

Другой типичный пример — стремление лица с педофилией к работе с детьми или некрофила — к работе с трупами. Встречаются также факты, когда лица с парафилиями, в частности с садизмом, специально устраиваются на работу, связанную с командировками в разные места. Даже психически больные могут проявлять в этом смысле высокую сообразительность. Так, один испытуемый, работая в ИТК, использовал ночные дежурства для совершения убийств, что затруднило раскрытие преступлений. Сверхценное отношение к животным, о котором речь пойдет ниже, также может обусловливать специфический выбор места работы. Так, серийный сексуальный убийца Г. («Фишер») работал на конном заводе. В практике одного из авторов часто встречались случаи увлечения конным спортом у женщин с маскулинными чертами характера.

Однако речь идет не только о выборе определенных профессий, что, кстати, в обследуемой популяции встречается нечасто, возможно, вследствие внешней «гиперсоциальности» испытуемых. Большее значение имеют внутренние, часто не реализованные, предпочтения, особенно в пубертате.

Психопатологические феномены. Для лиц с парафилиями вообще характерна склонность к сверхценным образованиям. Их содержание определяется этапом онтогенетического развития, на котором находится испытуемый, и в этом плане сверхценность сексуальной сферы можно рассматривать как реликт пубертата.

Другая разновидность сверхценности — негативное восприятие собственного телесного облика. Для пубертата естественно подчеркнутое внимание к своей внешности. Однако одинаково должны настораживать как ее переоценка с самолюбованием, так и стойкое убеждение в своем уродстве. Содержание подобного рода переживаний может быть различным: у мужчин — неудовлетворенность маленькими размерами полового члена, ростом, телосложением, внешностью в целом, у женщин — негативное отношение к росту груди, появлению месячных.

Именно эмоциональная насыщенность таких переживаний, а не обязательная фиксация на гениталиях характерна для лиц с расстройством половой идентичности. В отличие от дисморфоманических и дисморфофобических расстройств, эти симптомы нестойки, чаще по времени не выходят за рамки пубертата, никак не высказываются испытуемым в тот период и могут вообще прямо не отражаться на его поведении, не подвергаются дальнейшим трансформациям в бредовом плане. Главное же отличие определяется отношением содержания этих переживаний к полоролевым стандартам.

Следующая разновидность сверхценности, встречающаяся улице парафилиями, — коллекционирование. Часто отмечается собирание оружия, ключей, документов или

личных вещей жертв у серийных правонарушителей. Не редкость коллекционирование фотографий предпочитаемых сексуальных объектов (особенно часто при гомосексуальной педофилии) или видеосъемка собственных сексуальных манипуляций с ними.

Внимание врача должно привлекать и отношение испытуемого к животным. Кроме достаточно известных мучений и истязаний кошек и собак, возможен обратный вариант — выраженная привязанность к ним с предпочтением общения с ними, а не с людьми. Другими словами, речь идет о сверхценном отношении к животным, которое, зародившись в раннем детстве, может сохраняться всю жизнь и приобретать сексуальную окраску — от явно зоофильных актов до многочасового наблюдения за размножением рыбок. Интересно, что достаточно часто встречается ненависть к кошкам (в психоанализе — символ женщины) и крайне редко — к собакам.

Отдельно следует упомянуть о модных в настоящее время увлечениях оккультизмом, сатанизмом и прочей мистикой. Если ранее, в советскую эпоху, такие факты достаточно сильно настораживали врача в плане шизофрении, то сейчас это, скорее, характеризует степень внушаемости испытуемого, уровень его критичности.

Некоторые лица с расстройствами половой идентичности или аномальным сексуальным влечением при эгодистоническом отношении к нему, по сути, получают своеобразную психотерапевтическую помощь в различных сектах, занимаясь самостоятельно изучением трудов Кастанеды или основ дианетики. Интересны случаи самоизлечения: у одного испытуемого садистические тенденции дезактуализировались после его увлечения нейролингвистическим программированием, у другого купировалось стремление к обнажению половых органов после того, как он посетил нудистский пляж. Однако у третьего увлечение нудизмом вытекало из педофильного инцестуозного влечения.

Сексологу также необходимо обращать внимание на наличие в анамнезе аутоагрессивных актов, а также отмечать своеобразие реакции пациента на вид крови, причем на свою и чужую она может быть разной. У лиц с парафилиями вид крови может вызывать не только возбуждение, что нередко у садистов, но и слабость, тошноту, головокружение.

Вредные привычки. В большинстве случаев сексуальное правонарушение совершается в нетрезвом виде. Однако для серийных сексуальных преступников это менее характерно. В последних случаях это правило либо соблюдается для всех без исключения эпизодов, либо ни для одного. В целом состояние алкогольного опьянения, безусловно, способствует реализации аномального сексуального влечения или изнасилования. Реже встречаются смешанные алкогольно-наркотические интоксикации и как казуистика — чисто наркотическое опьянение. Алкоголизм или наркомания как хронические интоксикации в целом не способствуют реализации сексуального влечения и если и встречаются у лиц с аномальным сексуальным поведением, то, как правило, в качестве коморбидных расстройств с другими психическими заболеваниями. Однако в целом аддикции разного содержания достаточно часто наблюдаются у лиц с сексуальными правонарушениями. Очевидно, это связано с расстройствами половой идентичности у таких лиц, хотя среди серийных сексуальных преступников алкогольной и наркотической аддикции почти не бывает.

Особого внимания заслуживает клиническая картина алкогольного опьянения у лиц с аномальным сексуальным поведением. В большинстве случаев уже по анализу материалов дела можно убедиться, что оно протекает атипично: характерны указания на диффузную немотивированную агрессию, выраженное психомоторное возбуждение с деструктивными действиями, расстройствами восприятия, неузнаванием окружающих, слуховыми обманами. В других случаях эпизоды немотивированной агрессии могут сменяться хаотическим возбуждением или состоянием растерянности, или прерываться

цепью внешне четких, целенаправленных действий, иногда даже с сохранением речевого контакта с окружающими, прежде всего с жертвой. Потом это внезапно вновь сменяется состоянием обычного опьянения с последующей амнезией периода именно внешне целенаправленного поведения. Представляется, что подобная картина не укладывается в рамки атипичного опьянения, в то же время она не соответствует и картине патологического. Испытуемый Е., рассказывая о своих «странствиях» в поисках жертв, констатировал признаки опьянения при выходе из дома, однако на протяжении «охоты», начинавшейся с момента, когда он видел женщину, и продолжавшейся несколько часов, он не чувствовал ни опьянения, ни голода, ни усталости. Все эти ощущения возвращались к нему после завершения нападения. Такие проявления свидетельствуют о своеобразном измененном состоянии сознания.

Развитие либидо. Принятая схема разделения либидо на платоническую, эротическую и сексуальную стадии, по сути, отражает этапы формирования отношения к предпочитаемому сексуальному объекту. В сексологии принято считать онтогенетически нормативным соблюдение последовательности этих этапов, причем у мужчин чаще редуцируется второй, эротический этап, у женщин — третий, сексуальный (Васильченко и др., **1983).**

Платоническое либидо. Необходимо выяснить возраст первой влюбленности, содержание фантазий, нашли ли они отражение в поведении испытуемого, длительность отношений и причину их разрыва. Главное на этом этапе — личностное отношение к объекту, проявляющееся, прежде всего, на эмоциональном уровне. Именно эмпатийность сильнее страдает у лиц с аномальным сексуальным поведением. Целесообразно попытаться получить у испытуемого характеристику объекта первой влюбленности: в ряде случаев в его качестве выступают девочки, отличающиеся маскулинными особенностями поведения.

Отношение к противоположному полу у испытуемых с расстройствами половой идентичности колеблется от отчетливой мизогинии («Все женщины шлюхи») до необъяснимой для самого пациента зависти («Женщинам легче живется»). Один подэкспертный высказывал открытую зависть к женщинам за то, что они могут вступать в половые контакты с несколькими мужчинами в течение одного дня.

Достаточно часто встречается и амбивалентное, двойственное отношение («тревожит и привлекает»). Подобная двойственность иногда своеобразно соотносится с разными фазами развития либидо и, соответственно, с различными объектами: платоническая влюбленность в одну женщину («первая любовь») сочетается с негативным отношением к объектам сексуального либидо; отсутствие эротики («Не понимаю, зачем люди целуются») — с промискуитетом; целомудренное отношение к объекту «первой любви» — с насильственными половыми актами со случайными жертвами. Однако и к одному объекту отношение может быть двойственным: наиболее часто сочетается сексуальное влечение с презрением за «доступность».

Эротическое либидо. В большинстве случаев оно выражено слабо. При задержке психосексуального развития может наблюдаться его гипертрофия: в сексуальных контактах для таких испытуемых ласки, доведение женщины до оргазма становится самоцелью, собственный оргазм при этом неважен. Подобное «самоотречение», как бы трогательно оно ни выглядело, является слишком значительным отступлением от нормативной мужской сексуальности, чтобы оставаться без внимания врача-сексолога, и должно расцениваться как сдвиг к феමининному полюсу.

Сексуальное либидо. Для лице расстройствами половой идентичности характерно также негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своег о

паспортного пола. Часто встречается утрированно негативное отношение к мастурбации: так, один из испытуемых, будущий серийный убийца, привязывал на ночь свою (левую! — хотя левшой не был) руку, чтобы «не впасть в искушение».

Нередко наблюдается и в целом отрицательное отношение к сексуальности («грязь»), некоторые испытуемые с видимым удовольствием и даже гордостью рассказывали, как они сдерживали свое сексуальное влечение. Иногда это достигало степени курьеза: один из них в течение 5 лет не вступал в сексуальный контакт с собственной женой, хотя спал с ней в одной постели. Он отказывал ей в близости, мотивируя тем, что не знает, прочные и долгие ли отношения сложатся у них в дальнейшем («Не хочу портить ей жизнь, лишив девственности»). В беседе с врачом некоторые доходят до абсурда, отрицая не только, к примеру, мастурбацию, но и утренние эрекции, ночные поллюции.

Однако при парафилиях вопрос о развитии сексуального либидо вообще не очень корректен, особенно при становлении аномального сексуального влечения уже в пубертате, т. к. сексуальное либидо в его обычном понимании (стремление к оргазму) подменяется стремлением к получению особого состояния, обозначенному как «психологическое удовлетворение».

Отсутствие «психологического удовлетворения» при нормативных сексуальных контактах, несмотря на внешнюю их успешность — наличие эрекции, эякуляции и оргазм, — феномен, претендующий на роль патогномоничного при расстройствах половой идентичности.

Термин «психологическое удовлетворение» — не самый удачный, однако более точное словесное его обозначение представляется пока затруднительным. Пациенты описывают его по-разному: разочарование после первого полового контакта («Ждал большего»), неудовлетворенность половой жизнью («Чего-то не хватает»), субъективная ненасыщаемость («На какое-то время немного успокаиваюсь, но все равно хочется чего-то еще, чего — не знаю»). Тем более поражают «находки» этого ощущения, иногда переживающиеся как «озарения» («Это мне и нужно»).

Эротические сны и фантазии. Отдельно должно быть проанализировано содержание эротических снов. Чрезвычайно характерен для лиц с расстройством половой идентичности и краевых транссексуалов сюжет видения себя со стороны или в зеркале в одежде противоположного пола, а также сюжет половой метаморфозы — женщины превращаются в мужчин, однажды — в кошек (символ женщины), иногда отмечается невозможность определить пол приснившегося лица. Стремление физически походить на противоположный пол в ряде случаев обнаруживается только в повторяющихся снах, где испытуемый видит себя в зеркале в женской одежде или без нее «особенно красивым».

Нуждается в анализе и содержание фантазий. Неподвижные, застывшие женские фигуры, особенно без лица, без включения реальных женских персонажей должны также не остаться без внимания. Для лиц с задержкой психосексуального развития характерно представление только эротических ласк с женщинами, без половых актов. Появление в фантазиях обонятельных раздражителей наблюдается у лиц с органическим поражением ЦНС, а преобладание слуховых образов над зрительными — при шизофрении. Особенно должна настораживать сексолога позиция наблюдателя в фантазировании: при всей возможной многозначности этого факта возникновение его в пубертате чаще всего патологично.

Мастурбация. Фрустрационная и тем более ранняя допубертатная мастурбация должны рассматриваться как патологические, хотя механизм развития первой может быть не связан непосредственно с сексуальностью и отражать депривационные нарушения. Наличие оргазма при отсутствии эякуляции при ранней допубертатной мастурбации свидетельствует о снижении судорожного порога, и более характерно для раннего орга-

нического поражения ЦНС. Обратный вариант — наличие эякуляции при отсутствии оргазма в возрасте до 11-12 лет говорит о преждевременном соматосексуальном развитии. Тот же синдром в пубертате часто встречается при шизофрении, а в зрелом возрасте — при запущенном простатите (в последнем случае вернее говорить об ослаблении, «побледнении» оргазма).

Вычурные варианты мастурбации (катание члена в руках, фрикции между подушек, анальная и уретральная мастурбация с введением инородных тел) характерны для ранних поражений гипоталамуса с гиперлибидемией, однако в большинстве случаев они наблюдаются позже, в пубертате. Чрезвычайно неблагоприятно возникновение в препубертатном возрасте сексуальных фантазий, независимо от содержания, поскольку либо они быстро приобретают черты патологических, либо отражают значительный гормональный сдвиг.

При анализе этого феномена в пубертате возраст начала имеет меньшее значение, чем другие факторы. Источник информации — как правило, сверстники. Однако даже начало онанизма совместно с кем-либо из них не может расцениваться как проявление патологии, если в дальнейшем подросток занимается им в одиночестве. Предпочтение взаимной или совместной мастурбации солитарной отмечается при становлении гомосексуальной ориентации. Период фрустрационной псевдомастурбации в пубертате длительностью свыше месяца однозначно говорит о задержке соматосексуального развития. Сами по себе мастурбаторные эксцессы до 2-3 в сутки не имеют особого значения, если их период не превышает года. Отсутствие фантазий, «механистичность» мастурбации также не всегда патологичны и могут быть обусловлены низкой репрезентацией в сознании визуальных образов при преобладании слуховых. И наоборот, интенсивное фантазирование или мастурбация перед зеркалом с фотографированием себя в эти моменты говорят о чрезмерной аутоэротической фиксации на своем теле. Такие лица находят (или добиваются позированием перед зеркалом) сходства своей фигуры с женской, прибегают при мастурбации к переодеванию, обычно частичному (колготки, обувь) и нестойкому, в отличие от трансвестизма, когда оно становится единственным способом получения психологического и сексуального удовлетворения.

Возраст и обстоятельства первой эякуляции. Большое значение для оценки соматосексуального развития имеет возраст, если ойгархе происходит при ночной поллюции. Первое семяизвержение при адекватной дневной поллюции или при онанизме малоинформативно, при неадекватной дневной поллюции почти всегда является феноменом первичной патогенетической дезинтеграции (синдрома парацентральной дольки).

Интерес для сексолога представляет содержание сна как при первой, так и при повторных ночных поллюциях. Инцестуозное или четко парафильное содержание — весомый аргумент в пользу диагностики аномального сексуального влечения.

Первый половой акт или контакт. Возраст сексуальной инициации имеет значение больше для характеристики коммуникативности, если, конечно, речь не идет о начале половой жизни до 12 или после 25 лет с учетом возможных социальных факторов. При этом иногда уже возраст партнера отражает предпочтения объекта влечения. Важна констатация факта алкогольного опьянения, что, безусловно, часто приводит к случайному выбору партнерши, т. е. несоответствующему подсознательному выбору объекта по полу или возрасту, что может проявиться в неудаче — отсутствии эрекции или эякуляции. Достаточно типично для лице парафилией в этих случаях ощущение неудовлетворенности, разочарованности, несбывшихся ожиданий. Определенное значение имеет и поведение женщины, особенно ее реакция на неуспех, однако роль последующего развития невроза ожидания неудачи переоценивать не стоит.

Динамика половой жизни. Обязательна попытка анализа длительности связей, складывающихся эмоциональных взаимоотношений, сексуальной удовлетворенности с обеих сторон и причин разрыва. Необходимо также, по возможности, составить детальное представление о технике предпочитаемой близости, о соответствии фантазий реальной сексуальной жизни.

Отклонения от стандартной в данной культуре маскулинной сексуальной роли мужчины также могут быть разнообразными: от пассивного поведения в постели (причем эякуляция наступает быстрее или исключительно при таком поведении) до предпочтения поз, при которых осуществляется хотя бы частичная деперсонификация объекта (не видят лица) — например, поза сзади. Предпочтение фелляции, возможно, обусловлено не только этим обстоятельством, но и самим характером активности, реализующей иерархическое поведение в доминирующей роли. Другая девиация — анальный коитус, как культурально более осуждаемая, чем фелляция, — реализуется реже, однако иногда в фантазиях удается проследить ее предпочтение.

Принципиально важно также выяснение наличия интермиттирующих функциональных сексуальных расстройств при нормативных гетеросексуальных контактах. К ним относятся нарушения эрекции и эякуляции. Расстройства эрекции выражаются в частых неудачах при введении полового члена во влагалище. Иногда это отмечается уже при начале половой жизни, когда первый половой акт удается только после нескольких попыток. Один из наблюдавшихся нами пациентов мог добиться эрекции, только когда садился голыми ягодицами в снег (случайная находка). Достаточно типично и затруднение или отсутствие эякуляции, несмотря на длительный период фрикций. В сексологической литературе подобные нарушения давно связывались, к примеру, с латентным гомосексуализмом (Кратохвил, 1992).

Особого внимания заслуживают сексуальные контакты в состоянии алкогольного опьянения, т. к. в этой ситуации (в отличие от инициации) могут проявляться скрытые предпочтения. Следует отличать естественную для большинства мужчин задержку эякуляции при опьянении от характерной для ошибочного выбора объекта при расстройствах половой идентичности. Сексолог должен также попытаться составить «портрет» идеального сексуального партнера (внешность и психологические черты), что может помочь в установлении либо черт маскулинности, либо сходства с матерью или самим собой (аутоэротизм).

Взаимоотношения в семье. Вопреки расхожему мнению, лица с парафилиями в браке состоят ничуть не реже, чем здоровые. Не всегда также в этих случаях правомерен вывод, что брак используется ими как «прикрытие» своих наклонностей. Чаще встречается вариант, когда индивид вступает в брак, не осознав их или в надежде избавиться от них. Кратковременность брачных союзов или их частота должны также настораживать врача в плане сексуальных проблем у испытуемого.

Наличие или отсутствие детей прямо ни о чем не говорит. Однако известны случаи, когда педофилы специально женились на женщинах с детьми, чтобы иметь к последним доступ.

Роль таких лиц в семье часто может быть подчиняемой, контрастировать со стремлением к лидерству на работе или зеркально наоборот.

Нужно также располагать информацией о взаимоотношениях в семье, чтобы сравнивать их с идеалами взаимоотношения полов, брачной жизни и отношения к детям, имеющихся у испытуемого.

Девиации и парафилии. При расспросе важно определить возраст начала формирования аномального сексуального влечения, особенно если ему предшествовал период

внешне нормативной гетеросексуальной активности. Следует учитывать, что возраст появления фантазий явно парафильного содержания не обязательно совпадает с возрастом приобретения фантазированием патологических черт.

В задачу онтогенетического анализа входит описание трансформации как сексуального фантазирования парафильного содержания, так и попыток реализации аномального сексуального влечения. Необходима динамическая характеристика последних с детальным описанием субъективных переживаний испытуемого во время фантазирования, до-, во время и после реализации девиантного акта для сбора достаточно доказательных аргументов с целью клинической квалификации характера аномального влечения (навязчивого, компульсивного или импульсивного).

18.5.2. Психологические методы исследования

Существующие на сегодняшний день описания методов в отечественной литературе немногочисленны и недостаточно систематизированы. Специалисты по проблемам психологической диагностики в сексологии отмечают, что психологическое исследование в этой области должно максимально полно раскрыть самые различные аспекты личности — половое самосознание, особенности эмоционального межличностного восприятия и др. Поэтому, как отмечает З. Старович (1991), использование «нерутинных» (психологических) методов дополняет основные сексологические методы, расширяет возможности, а в некоторых случаях позволяет разрешить поставленные перед сексологом задачи.

В целом можно выделить два аспекта, определяемых предметом направленного психологического исследования в этой области. Первый касается изучения особенностей межличностного взаимодействия, общих коммуникативных навыков и коммуникативной компетентности. Второй реализует исследование специфических личностных характеристик, отражающих психосексуальную сферу: полового самосознания, сферы личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения и др.

В рамках первого направления рядом авторов подчеркивается эффективность применения ТАТ (Антонян, Гудьдан, 1991; Антонян, Голубев, Кудряков, 1990; Кудрявцев, Дозорцева, Симоненкова, 1991). Так, Ю. А. Антонян и др. (1990) предлагают использовать его для изучения способностей к самоанализу, к сопереживанию, к проникновению в эмоциональные отношения между людьми, к установлению эмоционального контакта улиц, совершивших изнасилования. Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан(1991), используя ТАТ и методику «Семантический дифференциал», показали возможность выявления внутренних барьеров, препятствующих установлению и реализации межличностных контактов у лиц с психопатиями и девиантным сексуальным поведением. Ю. А. Антонян и др. (1990) предлагают использовать рисуночные проективные тесты («Рисунок человека», ассоциативный рисуночный тест) для выявления самооценки испытуемого, особенностей его Я-концепции, способа решения конфликтных ситуаций у лиц, совершивших изнасилования. В. В. Кришталь, Н. К. Агишева (1995) отмечают эффективность использования для этих целей методики рисуночных фрустраций Розенцвейга. Ю. А. Антонян и др. (1990) особенно подчеркивают эффективность применения метода «Незаконченных предложений» для выявления переживаний и отношений, которые могут скрываться пациентом или не осознаваться им. Возможно применение различных специальных шкал, показывающих стремление индивида избегать социального взаимодействия, например, SADS — Subjective Anxiety and Distress Scale (Watson, Friend, 1969). Этот достаточно

компактный метод позволяет исследовать стремление индивидуума избе гать социальных взаимодействий, чтобы не испытывать повышенную тревожность в этих ситуациях. Дефицитарность социальных навыков у насильников отмечают и другие авторы (Clark, Arkowitz, 1975; Hayes, Brownell, Barlow, 1983; Howellsetal., 1984).

Довольно высока эффективность использования Hand-test (теста «Руки») (Kosutova, Weiss, 1993) для выявления особенностей социальной адаптации у лиц с сексуальными девиациями.

В группе сексуальных насильников обычно отмечается низкий уровень эмпатии. Особенно подчеркивается при этом изучение способности к эмпатии как механизма контроля собственных негативных импульсов (Grubin, 1997). В то же время существуют данные, показывающие отсутствие значимых различий между насильниками и группой нормы. Поэтому исследователи отдают предпочтение многофакторным моделям эмпатии. Разработанная в 1980 г. Э. Девисом шкала межличностной эмоциональной реактивности — Interpersonal Reactivity Index — состоит из 28 пунктов и позволяет изучать такие аспекты эмпатии, как прогноз поведения и чувств другого, эмпатическую тенденцию (способность испытывать сопереживание, сочувствие к другому человеку), личностный дистресс и фантазии (способность испытывать негативные тенденции и переживания в связи с негативными чувствами другого). Кроме того, разработана специальная методика для изучения способности к эмпатии у насильников по отношению к жертве, а также в рамках межпартнерского взаимодействия (Rape Empathy Scale — Deitz et al., 1982). В числе шкал, позволяющих оценивать выраженность эмпатической тенденции у насильников, называется опросник Меграбяна (Михайлова, Менеджрицкая, 1996). Данная методика позволяет определить лишь общий уровень эмпатической тенденции, не фиксируя способность к прогнозу поведения другого человека и способность к сопереживанию негативным чувствам другого.

Второй значительный пласт исследований касается более узкого аспекта межличностного взаимодействия — самовосприятия, личностных характеристик, отражающих половое самосознание, сферу личностных смыслов установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения и др. Так, 3. Старович (1991) отмечает эффективность использования методики «Дополнения предложения» (тест «Незаконченных предложений») для изучения сексуальных партнерских черт обследуемого, а также — эмоционального отношения к сексуальному партнеру. Для понимания самооценки обследуемого, его позиции по отношению к собственному полу, сексуальным партнерам, Старович (1991) предлагает использовать «Проективный перечень» (модифицированный вариант которого — «Кодирование» — приводится ниже).

Для установления круга лиц, значимых для обследуемого в семье, его представлений о роли отца, матери, собственной роли в семье, а также для выявления взаимоотношений супругов между собой и с детьми 3. Старович (1991) предлагает использовать методику «Психорисунок». В ходе выполнения методики испытуемому предлагают выполнить рисунок на определенную тему, например «Мой брак», «Моя семья» и др.

Для определения позиции обследуемого в отношении собственной сексуальной роли, черт идеального сексуального партнера, характерных черт другого пола, позитивных и негативных качеств объекта сексуального предпочтения этим автором разработан метод «Тематических образов». В его рамках испытуемому предлагается сообщать о своих ощущениях и переживаниях, возникающих при просмотре фотографий с изображением одетых частично и полностью мужчин, женщин, детей.

Изучая лиц с искажениями психосексуальных ориентации, И. А. Кудрявцев, Е. Г. Дозорцева, М. Б. Симоненкова (1991) путем избирательного использования стимульного

материала ТАТ показали нечеткость и слабую дифференцированнрсть смыслового восприятия пола у таких больных. Эффективно применение ТАТ для исследования лиц с искажениями психосексуальных ориентации.

Чтобы изучить сферу психосексуальной ориентации и полового самосознания, сферу личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения, а также характер эмоционального отношения к представителям того или иного пола, эмоциональной идентификации с родителем своего пола, следует использовать ЦТС) (цветовой тест отношений).

Достаточно популярен среди специалистов тест «Рисунок человека». Он применяется для исследования половой аутоидентификации, внутренних проблем и конфликтов в сексуальной сфере, психосексуальных ориентации (Кудрявцев, Дозорцева, Симоненкова, 1991), особенностей половой идентичности и идентификации, самовосприятия, доминантности—покорности в отношениях, признаков социальной дезадаптации, актуальных проблем в сфере взаимоотношений с противоположным полом, наличия сексуально-ролевого конфликта (Антонян, 1990). Существуют исследования, где приводится даже ряд признаков, характерных для некоторых групп сексуальных преступников (Verdon, Wysocki, Wysocki, 1977).

Следует отметить, что некоторые исследователи предпочитают включать в батарею тестов для изучения сексуальных насильников MMPI (Антонян, 1990), отмечая при этом, что данный тест не обладает достаточной дискриминативностью для описания групп сексуальных преступников. M. Moncrieff, D. Pearson (1979), проводя исследование характерологических нарушений и психологических особенностей эксгибиционистов и вуайеристов при помощи MMPI, не получили при этом существенных характеристик данной группы лиц. S. A. Suarez, F. G. Villanova, J. P. Lopez (1996) провели сравнительное исследование лиц с гетеро- и гомосексуальной направленностью, используя тест MMPI. В результате не было получено значимых различий между этими группами по личностным особенностям, за исключением шкалы «мужественности—женственности», что может служить индикатором нарушений половой идентичности у этих лиц, но не позволяет рассматривать эти нарушения в рамках целостного полового самосознания. Многие другие исследователи также отмечают фемининность мужчин-гомосексуалистов (Thompson et al., 1973). Неудачные попытки изучения с помощью MMP1 сексуальных преступников фиксируют многие авторы. Так, ничего не дало сопоставление профилей педофилов, насильников и несексуальных преступников (Anderson, Kunce, 1979). M.J. Herkov et al. (1996) отмечают большую выраженность психопатологических характеристик по MMPI в группе лиц с девиантным сексуальным поведением по сравнению с нормой. Многочисленные исследования, посвященные изучению личностной детерминации насильственных противоправных сексуальных действий, не подтвердили достоверно значимого отличия личностных особенностей такого рода испытуемых от аналогичных данных преступников других групп (Hartman, 1967; Perdue Lester, 1972; Антонян и др., 1990). По данным отечественных исследователей (Антонян и др., 1990), лица с противоправным сексуальным поведением существенно не отличаются от других категорий преступников (за исключением шкалы 5 «Мужественность/женственность»), что, по мнению авторов, отражает однородность распространения определенных типов личности в данных группах. M. E. Johnson, G. Jones, C. Brems(1996), проверяя валидность шкал GF и GM в MMPI-2, выявили, используя различные шкалы изучения полоролевой идентичности (Bern Sex Role Inventory, the Sex Role Behavior Scale и Sex Role Identity Scale), что эти шкалы имеют низкую устойчивость, низкую конкурентную валидность, а также то, что GF и GM имеют отношение больше к личностным чертам уверенности в

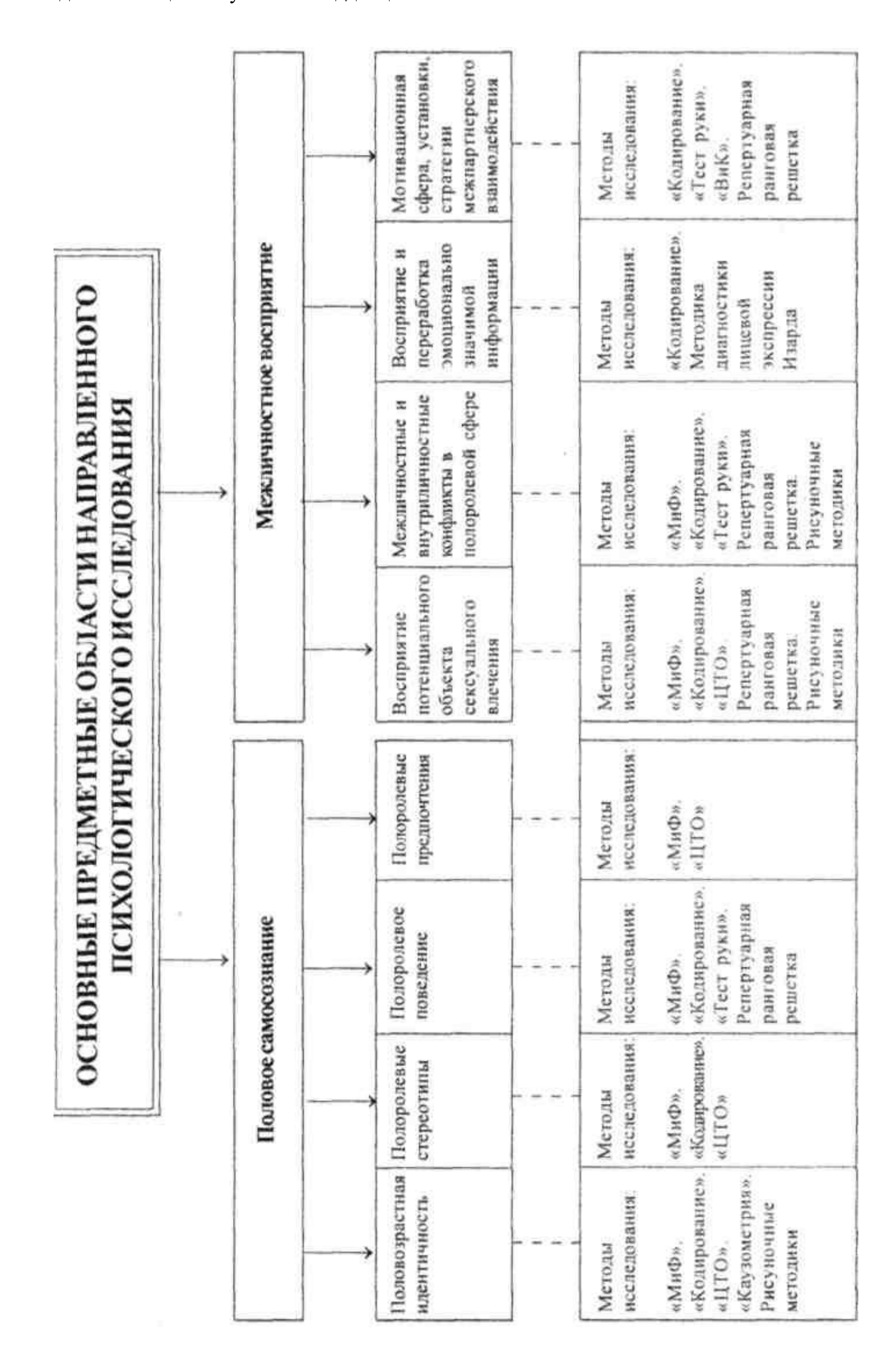


Рис. 12. Основные предметные области направленного психологического исследования

межличностных отношениях и чувствительности (сенситивности), чем к фемининности/маскулинности.

Таким образом, направленное психологическое исследование позволяет определить уровни собственно личностной регуляции поведения в ситуациях, релевантных половому самосознанию (например, в ситуациях, требующих участия определенных полоролевых стереотипов). Кроме того, комплексный анализ специфики восприятия различных особенностей объекта сексуального влечения, совместно с особенностями полового самосознания, позволяет выделить и разобраться в совокупности психологических факторов, препятствующих нормативному удовлетворению этого влечения, а также обозначить особенности полового самосознания и восприятия объекта либидозного влечения, сопутствующие различным формам аномального либидо. Исследование структурных и содержательных составляющих полового самосознания позволяет анализировать возможность их участия в регуляции поведения в ситуациях, имеющих отношение к психосексуальной сфере.

Методика «Кодирование» (модифицированный вариант «проективного перечня» 3. Старовича). В качестве основы модифицированной методики «Кодирование» взята техника «Проективный перечень» Старовича (1991), предлагающего в качестве «нетрадиционного» и «не рутинного» дополнения к обследованию использовать ее для психологического исследования личности. Данная техника применялась для изучения самооценки обследуемого, выяснения его позиции по отношению к собственному и противоположному полу, сексуальным партнерам. В зависимости от решаемых сексологами задач могут меняться содержание и направленность применения методики.

Основное внимание при модификации «Проективного перечня» направлено на выделение специальных параметров исследования и возможность их качественного и количественного шкалирования. В данной модификации эта методика служит направленным ассоциативным тестом со стандартной процедурой предъявления стимульного материала, что позволяет проводить как межиндивидуальные, так и межгрупповые сравнения (Ениколопов, Герасимов, Дворянчиков, 1996).

Методика может использоваться для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Кроме того, методика позволяет выявить степень интериоризованности полоролевых нормативов, их дифференцированность, эмоциональное к ним отношение, а также искажения когнитивного и эмоционального восприятия образа потенциального или реального сексуального партнера («Женщина»), что характерно для лиц с расстройством сексуального влечения в виде садизма. Содержательный смысловой анализ позволяет также оценить четкость половозрастного восприятия объекта сексуального предпочтения.

Методика Миф (Маскулинность и Фемининность). Модификация методики базируется на перечне маскулинных и фемининных качеств, предложенных Т. Л. Бессоновой (1994). Автор опиралась, в свою очередь, на концепции андрогинии S. Bern (1974). В литературе неоднократно отмечалось, что тест BSRI (Bern Sex Role Inventory) относится к наиболее эффективным методам исследования половой идентичности и предсказывает такие аспекты маскулинности/фемининности, как инструментальность и экспрессивность, особенности самоотношения и самоуважения (Кон, 1988; Heilbrun, 1981).

Методика позволяет рассматривать целостную систему полового самосознания:

1. *Полоролевая идентичность* — представления о типичности для пола своего поведения или функций, выражающиеся как обобщенные суждения о мужественности или женственности (пропорция маскулинности/фемининности Я-реального).

2. *Полоролевые стереотипы* — представления о поведении и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе (пропорция М/Ф в образах «Мужчина должен быть...», «Женщина должна быть...»).

3. *Полоролевое поведение* — паттерны поведения индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин или женщин; соотношение черт маскулинности/фемининности в паттернах, демонстрируемых мужчинам и женщинам (пропорция М/Ф в образах «Мужчины считают, что я...» и «Женщины считают, что я...»).

4. *Полоролевые предпочтения* — ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола, соответствие ценностных структур нормативным (пропорция М/Ф Я-идеального, соотношение образов Я-идеальное и «Мужчина должен быть...»).

5. *Сексуально-половые предпочтения* — ценности индивида в отношении представителя другого пола, дифференцированность психосексуальных ориентации, соответствие психосексуальных ориентации полоролевым стереотипам противоположного пола.

Методика ЦТО (цветовой тест отношений). Методическая основа данного метода — цветоассоциативный эксперимент, идея и процедуры которого разработаны А. М. Эткиндом(1988); В. В. Столиным(1987). Методика успешно применялась при изучении лице особенностями психосексуальных ориентации (Кудрявцев, Дозорцева, Симоненкова, 1991).

Цветовой тест отношений — это невербальный компактный диагностический метод, отражающий как сознательный, так и частично неосознаваемый уровни отношений человека. Он базируется на предположении о том, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и к самому себе отражаются на цветовых ассоциациях к ним. В качестве стимульного материала выступает набор цветов из восьмицветового теста М. Люшера. Как отмечает А. М. Эткинд (1988), цвет как модальность, связанная с эмоциями на глубинном уровне, может быть использован для выявления эмоциональных отношений.

Применение невербальных процедур позволяет цветовому тесту выявить не только осознаваемый, но и бессознательный уровень системы отношений, что может дать ценную информацию о внутренних конфликтах субъекта, характерных для него способах защиты (Столин, 1987). Имеются специфические характеристики смысловой сферы, отражающие направленность сексуального влечения, особенности смыслового восприятия пола и половой аутоидентификации. Для исследования смыслового аспекта психосексуальности (личностные смыслы, мотивы, установки, отношения, связанные с направленностью сексуального влечения и регулирующие полоролевое поведение) особенно эффективна не столько качественная интерпретация результатов теста, сколько рассмотрение взаимосвязи стимулов друг с другом, проявляющейся в пересечении ассоциаций. Пересечение ассоциаций, когда разные стимулы соотносятся с одним и тем же цветом, позволяет делать предположение о сходном к ним эмоциональном отношении и смысловой идентификации (Эткинд, 1988). При этом сам характер цвета как носителя отношений существенного значения при анализе не имеет.

Предложен способ обобщения индивидуальных результатов по группам, образованным на основании определенных признаков, что позволяет выделить характерные для них неслучайные смысловые связи между понятиями и проводить сравнения между группами именно по характеру и структуре этих связей (Кудрявцев, Дозорцева, Симоненкова, **1991).**

Метод ВиК (Власть и Контроль). Методика предложена J. W. Maddock (1995) для изучения структуры партнерских взаимоотношений. В основе опросника ВиК лежат спе-

пифические определения «власти» как возможности оказывать влияние и «контроля» как возможности ограничивать или направлять это влияние. Метод базируется на предположении о взаимодействии власти и контроля в структуре межличностных отношений. Пункты ВиК позволяют исследовать реципрокные взаимоотношения власти и контроля партнеров и рассматривать отношения как целостный феномен, единую систему.

ВиК предназначен для обследования людей, состоящих в тесных отношениях, поскольку его пункты апеллируют к межличностным контактам с партнером. Опросник может быть использован и в гетеросексуальных, и в гомосексуальных парах, но в данном случае возможен анализ сбалансированности отношений между гетеросексуальными партнерами.

В тесте заложено следующее допущение: поддержание баланса власти и контроля между партнерами может обеспечиваться здоровыми (гармоничными) межличностными взаимоотношениями. Эти соотношения регулируются балансом между возможностью влияния на другого («власть») и ограничением влияния другого («контроль»). Данная методика позволяет измерять соотношение силы/управления (власти/контроля) как в сексуальной паре, так и у индивидуума. «Совместные шифры» обеспечивают проведение единой обработки партнерских протоколов, выделяя интегративные параметры, оценивающие пару как некоторую целостную систему. Возможны оценка точности восприятия партнерами друг друга, оценка общего дисбаланса силы управления в отношениях, а также оценка совместного восприятия каждой парой силы и управления.

Тест «Руки». Тест «Руки» — известная проективная методика исследования личности, предназначенная для диагностики агрессивности, прогноза агрессивного поведения. Как и большинство проективных методов, тест «Руки» относится к классу тестов, характеризующихся тем, что цель тестирования скрыта от испытуемого, тем самым снижается возможность фальсификации результатов. Среди имеющихся разновидностей проективных методов исследования тест «Руки» занимает промежуточное положение по степени неопределенности материала между методиками структурирования (тест Роршаха и др.) и методиками интерпретации (ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга, тест Сонди).

Идея создания теста «Руки» принадлежит E. Wagner (197 Г). На данный момент существует определенное количество работ по изучению его валидности и надежности. Среди наиболее известных отечественных публикаций, посвященных изучению диагностического потенциала и адаптации теста «Руки», следует назвать работы Н. А. Ратиновой (1989).

В плане изучения агрессивности тест «Руки» позволяет не только выявлять и исследовать наличие просоциальных или асоциальных тенденций, но и проводить качественный анализ агрессивных установок личности, например таких, как физическая (инструментальная) агрессия, предметно направленная, враждебная (экспрессивная) агрессия, аутоагрессивные тенденции.

Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности аффективно-мотивационной сферы, характерные для лиц с расстройствам сексуального влечения в виде садизма, заключающиеся в выраженной аффективной фиксированности на значимых конфликтных переживаниях. Специфика данных переживаний отражает содержательный компонент идеаторной активности, служащий одним из основных клинических критериев диагностики парафилий, в том числе и сексуального садизма.

Модифицированная методика опознания лицевой экспрессии Изарда. Методика позволяет устанавливать нарушения различных составляющих эмоциональной активности у лиц с отклоняющимся сексуальным поведением: *импрессивный компонент* — восприятие, оценка, осознание эмоций и эмоциогенных стимулов; *субъективный ком-*

понент — их субъективная переработка; *экспрессивный компонент* — выражение своего отношения к ним.

Метод Каузометрии (Кроник, 1984). Позволяет изучать особенности возрастной идентичности. Один из основных показателей возрастной идентичности — психологический возраст личности. Непосредственная диагностическая задача метода состоит в выявлении представлений личности о характере целевых и причинных связей между событиями ее жизни.

Результаты каузометрического исследования дают возможность наблюдать концентрацию событий на отдельных жизненных участках испытуемого и их отсутствие на других, что позволяет, исходя из степени включенности событий данного возрастного этапа в межсобытийную сеть, делать выводы о влиянии этих событий на последующую жизнь испытуемого и фиксации идентичности на определенном возрасте. Эмоциональная окраска и сфера принадлежности событий позволяют говорить о характере идентичности.

Ранговая репертуарная методика изучения личности (метод **репертуарных решеток).** Термин «репертуарные решетки» предложен автором теории конструктов (являющейся теоретической и методологической базой всего направления) Дж. Келли. Репертуарная решетка представляет собой матрицу, которая заполняется либо самим испытуемым, либо экспериментатором в процессе обследования или беседы.

Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, наличие определенных установок, тех или иных особенностей, отражающих взаимосвязь личностных и ситуационных факторов в сфере межпартнерского сексуального взаимодействия.

Рисуночные методики. Рисуночные методики достаточно популярны в психологической практике вследствие простоты исполнения и обработки. В рамках психологических исследований лиц с нарушениями психосексуальных ориентации имеется опыт применения таких методик.

Так, тест Маховера «Рисунок человека» использовался И. А. Кудрявцевым, Е. Г. Дозорцевой, М. Б. Симоненковой(1991), Ю. А. Антоняном и др. (1991) при исследовании лице сексуальными девиациями. Теоретической основой выбора авторами этого метода послужило положение о том, что образ человеческого тела в проективном рисунке выражает собственную схему тела и переживаний «Я». Наделение изображенного персонажа определенными признаками и особенностями посредством механизмов идентификации и проекции своих представлений и отношений отражает внутренние проблемы и конфликты в соответствующих сферах.

М. Б. Симоненкова (1991) отмечала, что у лиц с искажением психосексуальной ориентации по полу наблюдалась меньшая половая дифференцированность изображаемых ими персонажей. По данным Ю. М. Антоняна (1990), результаты рисуночных методов могут свидетельствовать о враждебности по отношению к противоположному полу, отражать недостаточность выраженности признаков мужественности, сильную зависимость от матери, восприятие женщины как активной и доминирующей.

Опыт применения рисуночных методик свидетельствует о том, что наиболее эффективно использование серии рисуночных процедур. Так, может быть рекомендовано применение таких тем, как «Рисунок человека», «Рисунок человека противоположного пола», «Рисунок человека со спины», «Рисунок ребенка», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок женщины», «Рисунок мужчины». Использование этих методик позволяет выявить отношение испытуемого к своему телесному облику, особенности половой идентификации, особенности восприятия половозрастных стереотипов, устойчивость переживания «образа Я».

Методика ФПО (фигура-поза-одежда). Методика ФПО (Саламова, 2003) относится к проективным методам, позволяющим сенсибилизировать исследование полового самосознания человека. Она основывается на многофакторной теории половой идентичности, согласно которой осознание своего психологического пола индивидом не ограничивается осознанием им себя как представителя определенного пола или выраженностью маскулинности и фемининности. В последнее время на смену концепциям о независимости полотипических качеств (Bern, 1974) приходят модели, рассматривающие половую идентичность как совокупность различных факторов: полотипических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов, в целом определяющих собственно половую идентичность индивида. В таких подходах предлагается многофакторная теория половой идентичности, объединяющая множество моделей о собственном поле в целостную личностную самоидентичность на различных уровнях Я-концепции.

Методика ВИД (возрастная идентификация). Предлагаемая методика направлена на изучение возрастных аспектов самосознания в рамках ортогональной модели инфантилизма/зрелости. Изучение данной сферы самосознания у лиц с аномальным сексуальным поведением весьма актуально, т. к., в отличие от многих других физиологических функций, психосексуальные функции прямо и косвенно детерминированы возрастом. Поскольку полное соответствие возрастных периодов и этапов психосексуального развития характерно для гармоничного созревания сексуальности, то вполне закономерно предположение о том, что одной из причин нарушений регуляции сексуального поведения служат дисфункции в сфере возрастной идентичности индивида.

Тест основывается на традиционной структуре Я-концепции, имеющей три составляющие. Одна из них отражает глубинное представление индивида о степени интериоризованности им норм соответствующего возрасту поведения Я-реального (проявляется в степени выраженности личностных черт инфантилизма и зрелости). Другая отмечает представление о желаемой структуре личности в аспекте характеристик зрелости и инфантилизма — Я-идеальное, третья — субъективное представление индивида о степени собственной зрелости в оценке других людей — Я-рефлексивное.

Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко. Данный метод дает возможность операционализации многофакторной модели эмпатии в виде индивидуального профиля эмпатических способностей. Ценность этой методики также в том, что охватывается все многообразие эмпатических проявлений — когнитивный, эмоциональный и поведенческий ее аспекты. В психологическом исследовании эта методика позволяет выявлять нарушения составляющих эмпатию компонентов и высказывать предположения о влиянии уровня развития тех или иных эмпатических тенденций на противоправное сексуальное поведение.

Этот метод позволяет различать следующие каналы эмпатии: рациональный, эмоциональный, интуитивный; установки, способствующие эмпатии; проникающая способность эмпатии и идентификация в эмпатии. *Рациональный канал* — это направленность внимания, восприятия, мышления на сущность партнера, его состояние, проблемы, поведение. *Эмоциональный канал* — это бессознательная направленность на эмоциональный контакт, постоянная настройка на восприятие. *Интуитивный канал* характеризует меру опоры на бессознательный опыт, действие по стереотипу, шаблону, выработанному в прошлом. *Установки в эмпатии* отражают стремление/избегание субъектом эмоциональных контактов и проявлений и характеризуют интерес к внутреннему миру другого человека. *Проникающая способность эмпатии* свидетельствует о способности вступления в контакт и эффективности коммуникативных усилий. *Иденти-*

фикация в эмпатии выявляет способность субъекта к идентификации с партнером по взаимодействию.

Методика исследования уровня притязаний (проба Шварцландера). В литературе, затрагивающей проблемы психологических особенностей лиц с аномальным сексуальным поведением, приводится одна из существенных характеристик таких лиц — наличие у них конфликтной полоролевой идентичности. Высказывалось также предположение, что этот конфликт может находить свое отражение в ситуациях, требующих участия определенных полоролевых стереотипов, и, в зависимости от степени его выраженности, влиять на особенности протекания деятельности в этой ситуации (Бессонова, 1994).

Метод Шварцландера описан в отечественной литературе как наиболее компактный и наименее трудоемкий; он направлен на исследование уровня притязаний и позволяет оценивать основные характеристики процесса целеполагания.

Методика отражает конфликтность полоролевой идентичности у лиц с аномалиями влечения и особенности изменения функции целеполагания в экспериментальной ситуации с провоцирующей инструкцией.

Психофизиологический метод исследования. Сущность психофизиологических методик заключается в фиксировании изменений физиологических параметров в ответ на предъявление стимула (эротические изображения, видеосюжеты, вопросы, касающиеся сексуальной сферы).

Имеются методические проблемы психофизиологического исследования, такие как «серийный эффект» и специфичность регистрации возбуждения. A. Kolarsky, J. Madlafousek (1977) обнаружили, что эффект первого стимула в серии меньше, чем второй, вне зависимости от содержания. Авторами был предложен способ борьбы с серийным эффектом: предъявление стандартного элиминирующего стимула перед каждым последующим тестовым стимулом. Они показали, что снижение уровня возбуждения до исходного может быть достигнуто паузой между стимулами и/или смещением активности на несексуальные материалы или предъявлением арифметических задач.

Другая проблема психофизиологического обследования — выявление лжи, факта обмана. По мнению D. Lykken (1981), специфической физиологической реакции на ложь до настоящего времени не обнаружено. Можно предполагать, что ложь вызывает определенные физиологические реакции; есть выражение «чувства вины», но физиологические реакции, испытываемые при этом, не отличаются от реакций при чувстве гнева, страха и т. д.

J. Furedy (1987) считает серьезной проблемой отсутствие стандартизированных методов психофизиологического исследования и субъективность интерпретации результатов.

G. Ben-Shakhar (1991) полагает, что комплекс информации, получаемой экспериментатором, и отсутствие четких стандартов в ее квалификации и интегрировании позволяет оценивать как значимые одни стимулы (доказательные) и игнорировать другие. Результативность проверки во многом зависит от качества применяемых тестов, в том числе и вопросников. Так, если одной проверкой охватываются различные, тематически разобщенные обстоятельства, воздействие которых может существенно различаться, то яркие реакции на самые сильные возбудители могут затушевывать менее выраженные реакции, что затруднит их оценку как критических.

Важная проблема — влияние состояния испытуемого на результаты при проведении психофизиологического тестирования. Результаты экспериментов (Elaad et al., 1989; 1997) убеждают, что высокая мотивация на сокрытие информации связана с лучшими, более эффективными результатами психофизиологического тестирования. Это подтвер-

ждается работой данных авторов, направленной на исследование эффекта мотивации к обману при психофизиологическом исследовании с использованием теста на знание виновного. Первый эксперимент — реальные исследование 72 субъектов, разбитых на 8 экспериментальных состояний «2 x 4»: 2 эмоциональных состояния с 4 вербальными моделями (подтверждение, отрицание, повторение, отсутствие вербального ответа на вопросы, касающиеся личностной сферы). Второй эксперимент — лабораторный, в нем 160 студентов были разделены на 8 таких же подгрупп. Результаты обоих экспериментов показали, что высокомотивированные на сокрытие информации испытуемые выявлялись легче, чем низкомотивированные. Была обнаружена тенденция к снижению реакций при повторении вопросов. В первом эксперименте наиболее яркими были кожно-гальванические реакции (КГР), нежели частота сердечных сокращений и дыхание. По мнению L. Saxe(1991), корректные результаты могут быть получены, когда испытуемый боится разоблачения. Однако, поскольку нет точного метода для определения причины опасений и тревоги субъекта, достоверность результатов сомнительна.

Современные технологии позволяют проводить обработку данных психофизиологического обследования в соответствии с концепцией, использующей энергетический подход для вычисления величины физиологической реакции организма человека. В соответствии с этой концепцией, эмоциональная реакция человека рассматривается как динамично протекающий процесс, в котором величина энергетических затрат индивида характеризуется как величиной изменений отдельных физиологических функций, так и степенью включенности физиологических функций различного уровня в общий процесс реагирования. Существующие в настоящее время системы психофизиологического исследования предусматривают регистрацию следующих параметров: 1) максимальная амплитуда, энергия и скорость изменений КГР; 2) при регистрации рудного и диафрагмального дыхания определяют амплитуду максимальной волны и дисперсию периода дыхания на интервале отрезка времени, амплитуду минимальной волны дыхания и разность величин грудного и диафрагмального дыхания; 3) для сердечно-сосудистых реакций измеряют амплитуду, среднюю частоту на отрезке анализа, амплитуду изменений давления крови, дисперсию частоты сокращений сердца; 4) для мышечной активности определяют энергию двигательной активности; 5) при регистрации голосовых реакций измеряют их амплитуду.

А. Ю. Хавкин (2003) провел обследование 98 сексуальных правонарушителей. Им предъявлялись эротические изображения и вопросы, связанные с сексуальными отклонениями. Результаты обследования позволили говорить о том, что существует определенная корреляция между результатами клинического и психофизиологического метода исследования: было выявлено совпадение данных в 27,28% случаев, совпадение с «расширением» (выявление статистически значимых реакций не только на стимулы, получившие отражение в делинквентном поведении) — в 43,18% случаев, несовпадение данных — в 20,45% случаев и отсутствие достоверных психофизиологических реакций — в 9,09% случаев. Как показал последующий анализ, «расширение» происходит не случайным образом, а за счет форм поведения, патогенетически связанных с актуальным: в динамике парафилий они либо предшествуют, либо следуют за имеющимся в данный момент. Таким образом, данный феномен открывает возможности для прогноза общественной опасности лиц с парафилиями.

Автором было установлено, что количество статистически достоверных эмоциональных реакций зависит от нескольких факторов: 1) от уровня тревожности на момент обследования; 2) от модальности стимуляции — визуальной или вербальной; 3) от отношения к аномальному сексуальному влечению: при эгосинтонии даже положительные

вербальные ответы на релевантные вопросы не сопровождались психофизиологическими реакциями.

Г. Е. Введенский и др. (2005) показали, что совпадение данных сексологического интервьюирования с результатами предъявления эротических визуальных стимулов отмечалось в 83,87% случаев, а при предъявлении релевантных стимулов вербальной модальности — в 61,29%. Авторы предлагают критерии психофизиологического исследования.

1. Облигатные критерии: 1) наличие статистически достоверных психофизиологических реакций на релевантные визуальные стимулы (или в сочетании с такими же вербальными стимулами); 2) положительные вербальные ответы даже при отсутствии достоверных психофизиологических реакций.

2. Факультативные критерии: наличие статистически достоверных психофизиологических реакций на релевантные вербальные стимулы.

18.6. Лечение

Существует определенный пессимизм в отношении результативности терапии лиц с патологическими сексуальными влечениями. К сожалению, эти установки, основанные на незнании принципов лечения таких пациентов, нередко в явной или неявной форме определяют и экспертные подходы, исходящие из нецелесообразности экскульпации и применения медицинских мер как заведомо безуспешных.

В немалой степени этому способствует и сложившаяся практика в самой сексопатологии, практически исключающей на сегодняшний день из рядов своих пациентов лиц с парафилиями. Так, в основном руководстве по частной сексопатологии в числе противопоказаний к сексологическому лечению называются психические заболевания, алкоголизм, ядерные психопатии, интеллектуальная недостаточность, а также «безволие и пассивность» больных (Голанд, 1983).

Не многим отличаются и более современные рекомендации. В них склонность к правонарушениям и опасным действиям, т. е. социальные критерии, указываются в качестве основного показания для направления пациента к психиатру, заведомо не обладающему необходимыми знаниями для проведения специфической терапии. Выходом из данной ситуации может быть единственно возможное, по мнению многих специалистов, решение: при подготовке кадров судебных сексопатологов базовым образованием для них должно стать психиатрическое. Это определяется и теми методами терапии, которые оказываются наиболее эффективными при лечении парафилий.

Исторически первым методом лечения парафилий стала хирургическая кастрация. Возможность применения кастрации к совершившим половые преступления «сексуальным психопатам» была предусмотрена специальными законами, принятыми в Финляндии, Швеции, Голландии, Дании и в ряде штатов Америки. Так, в соответствии с датским «Законом о стерилизации и кастрации» от 11 мая 1935 г., добровольная кастрация индивида разрешалась министром юстиции, «если половое влечение лица, ходатайствующего об этом, подвергает его опасности совершить преступные деяния и поэтому представляет опасность для общества или если это влечение причиняет ему психические страдания или вред его общественному положению». Данный закон предусматривал, что ходатайство о кастрации могло исходить также от администрации соответствующего учреждения, где содержалось такое лицо. Кроме того, суд был вправе в приговоре или позднее (если в приговор была включена соответствующая оговорка) сделать распоряжение о производстве принудительной кастрации в тех случаях, когда виновный совершил или пытался совершить изнасилование или другие предусмотренные в этом законе

тяжелые преступления против нравственности, характеризующие его как опасного в этой области правонарушителя и дающие основания опасаться, что половое влечение толкнет виновного на совершение новых аналогичных преступлений, а перспектива подвергнуться наказанию его от этого не удержит.

В соответствии с финским законом о кастрации от 17 февраля 1950 г., устанавливалось, что принудительной кастрации могло быть подвергнуто лицо на основании вступившего в законную силу приговора, которым оно признано виновным в совершении или покушении на преступление, свидетельствующее, что осужденный вследствие своего полового влечения представляет опасность для других лиц. Кроме того, кастрации могли быть также подвергнуты психически дефектные или хронически душевнобольные лица, содержащиеся в психиатрической больнице или в подобном ей заведении, если такие лица вследствие своего полового влечения опасны для окружающих, в подтверждение чего представлено достаточно доказательств. В ряде государств, где допускалась кастрация, лицу, совершившему сексуальное преступление, предлагался выбор между добровольным согласием на нее или многолетним заключением в тюрьме.

Проводилось несколько исследований, посвященных изучению уровня посткастрационного рецидивизма у сексуальных правонарушителей. Наиболее значимыми из них считаются четыре уровня.

Таблица 10

Исследования посткастрационного рецидивизма

Исследование	Длительность катамнеза	Число обследованных	До кастрации	После кастрации
Langeluddeke	20 лет	1036	84%	2,3%
(1963)		127	76,8%	4,1%
Cornu(1973)	5 лет	216	58%	2,9%
Bremer (1959)	5-10 лет	900	-	2,2%
Sturup(1972)	30 лет	-	-	-

Таким образом, лонгитюдинальное изучение в общей сложности более 2000 случаев позволило сделать вывод, что если частота рецидивов по различным группам сексуальных преступников до кастрации колебалась от 58 до 84%, то после нее снизилась до 2,2-4,1 %. В настоящее время эта операция осуждается по этическим соображениям, и в большинстве развитых стран от нее отказались. В немалой степени это произошло под бременем воспоминаний о практике гитлеровской Германии, где хирургическая кастрация применялась одновременно с газовыми камерами в отношении 600 тысяч учтенных гомосексуалистов, точно так же как и для миллионов других людей.

Не менее радикальными методами лечения патологических сексуальных влечений были *стереотаксические операции.* В 1936 г. был предложен метод фронтальной лоботомии, который стал применяться в отношении агрессивных сексуальных преступников. Однако накопление данных по изучению ее отдаленных последствий и эффективности показало, что в некоторых случаях аномальное сексуальное поведение после операции продолжается или приобретает еще более агрессивный характер. Когда парафильное поведение возникает при поражениях определенных структур мозга либо даже проявляется в рамках эпилептических пароксизмов, нейрохирургическая операция может рассматриваться одновременно и как метод лечения парафилии. Так, имеются описания

исчезновения перверсий после односторонней височной лобэктомии (Mitchell, Falconer, Hill, 1954). Одновременно с развитием стереотаксической нейрохирургии появилась возможность вмешательства в строго локализованные области мозга. Отмечается хороший эффект деструкции вентро-медиальных ядерталамуса при обсессивно-компульсивных расстройствах, особенно при сочетании их с тревогой (Каплан, Сэдок, 1994). Наиболее актуальны на сегодняшний день следующие методы лечения.

А. Одни из первых попыток использования для лечения сексуальных девиаций *гормональных препаратов* были предприняты параллельно в Германии (Ott, Hoffet, 1968) и США. Не имевшие поначалу клинически значимых результатов, они стали более успешными с появлением нового класса гормонально активных препаратов — т. н. антиандрогенов (ципро-терон-ацетат, медроксипрогестерон-ацетат, флютамид и пр.), позволяющих довольно быстро получить выраженный клинический эффект. Он проявляется в снижении либидо, потере общей активности, а в ряде случаев — в утрате сексуальной мотивации. Механизм действия антиандрогенов заключается в ускорении метаболизма тестостерона в печени, блокировании интрацеллюлярных каналов метаболизма андрогенов и связывании адреночувствительных рецепторов ЦНС.

Ципротерон-ацетат (андрокур). Средняя доза составляет 100-200 мг в сутки. Лечение проводится по следующей схеме: первые 10 дней 50 мг 2 раза в сутки, затем доза увеличивается до прекращения сексуальных фантазий и редукции сексуального возбуждения.

Метоксипрогестерон-ацетат (депо-провера). Лечение проводится по следующей схеме: доза 300—400 мг внутримышечно 1 раз в 10 дней, 1 раз в месяц осуществляется контроль тестостерона (норма для мужчин — 550 мкг/100 мл плазмы). Далее в течение первого месяца такие же дозы, затем 200 мг 1 раз в 15 дней в течение месяца, потом 150 мг 1 раз в 15 дней в течение 2 месяцев.

Имеются данные об успешном применении ципротерон-ацетата при амбулаторном лечении пациентов, совершивших сексуальные правонарушения. Причем данный вид специфической терапии определяется судом, в том числе в случаях его выбора самими пациентами как альтернативы тюремному заключению. Аналогичные результаты приведены в сообщении A. Cooper et al. (1987), применявших ципротерон-ацетат для лечения гомосексуальной педофилии и отметивших наступление быстрого эффекта в виде исчезновения аномального влечения.

При обсуждении эффективности применения депо-провера (Robinson, 1995) многие участники конференции по лечению сексуальных преступников, проходившей в Амстердаме в 1995 г., говорили о том, что к отрицательным факторам воздействия антандрогенов относится снижение общего тонуса пациентов с выраженной негативной реакцией на это воздействие. Г. Кокотт (1992) также отмечал, что в исследованиях, посвященных анализу эффективности этих препаратов, мало данных катамнеза, поэтому остается неясным, когда следует прекращать лечение. Хотя некоторые из имеющихся результатов говорят о значительной эффективности данного вида терапии (табл. 11).

Б. Перспективным может быть, по-видимому, использование *негормональных препаратов,* оказывающих специфическое отрицательное влияние на половое влечение у мужчин, сравнимое с эффектом гиперпролактинемии. Один из таких препаратов — бенперидол — вещество, угнетающее дофаминовую передачу (Банкрофт, 1993).

В. Особое место занимают подходы, связанные с купированием коморбидных с парафилиями расстройств, в частности аффективных, а также ориентирующихся на психопатологическую форму проявления самих расстройств влечения.

16 Зак. 3806

Таблица 11

Оценка рецидивности при лечении ципротероном-аиетатом

Исследования	Катамнестический период	Число обследованных	До лечения %	После лечения %
Horn (1973)	1-4,5 года	33	100	0
Fahndnch(1974)	3 года	14	93	0
Davies(1974)	3 года	16	100	0
Appeltet al. (1974)	1,5 года	6	100; 100	16.7%0%
Jost (1974)	4 года	10	54	0
.lost (1975)	3 года	11	50	0
Baron etal. (1977)	1 год	6	—	—

Побочные эффекты антиандрогенов разделяются на ранние и поздние (табл. 12).

Таблица 12

Эффект действия ЦПФ

Длительность лечения	Характер эффекта
0-2 месяца	Уменьшение сывороточного тестостерона, угнетение эрекции, эякуляции, сперматогенеза, уменьшение сексуальных фантазий, появление утомляемости, гиперсомнии, снижение активности. Возможно появление раздражительности, эмоциональной подавленности. Уменьшение интенсивности сексуального влечения, редукция психопатологических образований, сопровождавших повышенное сексуальное влечение (таких, как эмоциональная неустойчивость, чувство внутреннего напряжения). Возможно появление отрицательного азотного баланса, увеличение веса тела
3-4 месяца	Нормализация азотного баланса, кальциевого и фосфатного метаболизма
6-8 месяцев	Возможно появление некоторой психомоторной заторможенности и временной гинекомастии, уменьшение оволосения тела, увеличение волос на скальпе, уменьшение сальной секреции

S. McElroy et al. (1994) предлагают большинство коморбидных расстройств при аффективных психозах расположить в виде континуума переходных форм по оси «компульсивность—импульсивность», что имеет важное значение для выбора терапевтического подхода. К более компульсивным (в порядке убывания выраженности) они относят обсессивно-фобическое расстройство, дисморфофобию. Эти расстройсгва, по мнению авторов, более ассоциируются с рекуррентной (униполярной) депрессией, их патогенез связан с нарушением серотонинэргической функции, и наиболее эффективной терапией является применение кломипрамина (анафранила, гидифена) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. К более импульсивным (в порядке убывания выраженности) относятся нарушения контроля импульсивных влечений (патологическая страсть к азартным играм, клептомания, пиромания). Эти нарушения более ассоциированы с биполярным аффективным психозом, в их патогенезе несколько большую роль играют норадренергические механизмы, и следовательно, здесь более эффективны антидепрессанты с преимущественно норадренэргической активностью (де-

зипрамин, мапротилин, имипрамин, амитриптилин) и нормотимические средства (соли лития, карбамазепин). Промежуточное положение занимают патологическое (компульсивное) влечение делать покупки и паническое расстройство. Патогенез этих нарушений, вероятно, обусловлен более сложными, смешанными серотонин- и норадренэргическими механизмами; в таких случаях, как правило, помогают *антидепрессанты* из разных химических групп (ингибиторы МАО, гетероциклические препараты и ингибиторы обратного захвата серотонина). По мнению С. Н. Мосолова (1995), хотя предлагаемая схема страдает эклектичностью и требует подтверждения дополнительными исследованиями, с терапевтических позиций она может служить определенным ориентиром для дифференцированного выбора фармакотерапии.

Связь обмена серотонина и сексуального поведения (Spoont, 1992), с одной стороны, и серотонинергических нарушений и обсессивно-компульсивных расстройств (Rappaport, 1989) — с другой, привлекла внимание исследователей в плане возможностей лечения и парафилии. В последнее время обсессивно-компульсивные, импульсивные расстройства, в том числе сексуальное агрессивное поведение, детский аутизм, дисморфофобические нарушения, стереотипии, т. е. синдромы, характерные для динамики парафилии, рассматриваются как связанные с серотонинэргическим дефектом. Доложено об успешном использовании флуоксетина (прозака) при лечении парафилии с обсессивно-компульсивным характером аномального полового влечения, к примеру, фетишизма, вуайеризма (Emmanuel et al., 1991; Penlstein et al., 1991), особенно при их насильственных формах. Положительный эффект применения кломипрамина (анафранила) в этих случаях косвенно подтверждает наличие у таких лиц серотониновой дисрегуляции, связанной с обсессивно-компульсивными симптомами.

Флуоксетин (прозак) показан и при личностной патологии, сопровождающейся *чрезмерной* раздражительностью, вспышками агрессивности (Cornelius et al., 1991). Применяется 1 раз в день или 1 раз в 2-3 дня в средних дозах от 20 до 40 мг утром вместе с пищей. Реже доза повышается до 80 мг. Первые признаки клинического эффекта развиваются к концу первой недели лечения, но в полной мере — лишь через 3-4 недели и постепенно нарастают в период до 2-3 месяцев. В качестве побочных эффектов, кроме диспептических расстройств, могут наблюдаться сексуальные нарушения (снижение либидо, преждевременная эякуляция и задержка оргазма). При сочетании с трициклическими антидепрессантами прозак может повышать их концентрацию в плазме, а с нейролептиками — усиливать экстрапирамидную симптоматику. Прозак повышает седативный эффект барбитуратов, диазепама и альпразолама, увеличивает уровень в крови карбамазепина и вальпроата, что может вызвать токсические реакции. Нельзя сочетать его с ингибиторами МАО, при последовательном применении необходим двухнедельный перерыв. Не применяется у детей, больных эпилепсией.

При использовании *нормотимиков,* в частности лития, предполагается, что он стимулирует пресинаптическое превращение L-триптофана в серотонин. Поэтому целесообразным считается его применение при обсессивной половой дисфории, нарушениях половой идентичности. Для них, как и для обсессивно-компульсивных расстройств, характерен дефицит серотонинэргических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей (Coleman, Cesnik, 1990).

Связь парафильных реализаций с психомоторными пароксизмами при височной эпилепсии определяет показания к назначению антиконвульсантов, в частности карбамазепина (финлепсина).

Г. *Психотерапевтические методы,* применяемые к сексуальным правонарушителям, разделяются на поведенческие и глубинно психологические. К аверсионной тера-

пии, использовавшейся одной из первых в ряду поведенческих лечебных программ, в настоящее время прибегают редко из-за серьезных этических сомнений.

Основное внимание в настоящее время уделяется более дифференцированным методам психотерапии, позволяющим параллельно с редукцией сексуальной девиантности формировать обычное гетеросексуальное поведение, дефицит которого имеется у большинства пациентов. Одновременно проводится коррекция личностных нарушений в виде чувства неполноценности, страха перед общением, трудностей социальных контактов. Оптимизм вселяют данные E. Schorsch etal. (1985), показавших, что даже в самой неблагоприятной в прогностическом отношении группе социально дезинтегрированных лиц в трети случаев имел место терапевтический эффект при применении комбинированной психотерапии.

К тому же это не единственное свидетельство результативности комбинированного психотерапевтического воздействия на данную категорию пациентов. Так, с 1973 г. Королевским университетом Онтарио осуществляется специальная программа, охватившая к 1988 г. 100 человек, только что совершивших сексуальные действия в отношении детей. Терапевтическая программа направлена на две главные области — сексуальное поведение и социальную компетенцию. Одновременно предпринимается попытка дифференцированного учета трех классов проблем, оказывающих влияние на девиантное сексуальное поведение: 1) стрессогенная уязвимость (есть данные, указывающие на роль стресса в генезе различных вариантов нарушенного поведения); 2) связь девиаций поведения с неспособностью к сексуальному взаимодействию или отсутствием удовлетворения от подобного взаимодействия; 3) зависимость действий или соответствующих состояний от нарушений усвоения социальной роли.

Таблица 13

Опыт лечения сексуальных преступников методом поведенческой терапии

Автор, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Evans (1970)	Эксгибиционисты (20)	Адверсивная терапия (активное изменение позиций)	Прекращение перверсных мастурбационыых фантазий	Отсутствие рецидива после прекращения лечения (10)
Abel и Mitarb (1970)	Эксгибиционисты (3); трансвеститы (2); мазохист (1)	Адверсивная терапия (электрошоковый контингент) — 5; то же, без электрошока— 1	Отсутствие реакции полового члена на «перверсный» стимул. Без изменений (контроль)	Физиологическая оценка (определение размеров члена)
Callahan, Leitenberg (1973)	Эксгибиционисты (2); трансвеститы (1); гомосексуалисты (2); педофилы (1)	а) адверсивная терапия; б) «covert-sen situzation» вначале; а) потом б)(3)и наоборот (3)	Отсутствие реакции полового члена на «перверсный» стимул	Катамнез(1,5 г.); беседа с больным и психологическое исследование

Окончание табл. 13

Rooth, Marks (1974)	Эксгибиционисты: амбулаторию (8): стационарно (4)	Поочередное применение методов вызывания отвращения, стимуляция самоконтроля, тренировки способности к расслаблению	Наиболее благоприятный результат (рецидив только у четырех)	Самоотчет пациентов. Наблюдение велось в течение 1 года после лечения (катам нез)
Perkins (1987)	Педофилы (32); эксгибиционисты (19); гомосексуалисты (5); прочие виновные в изнасиловании (2) (все стационарно)	Контрольная группа (14)	Рецидив в основной группе пациентов — 14%, в контрольной группе—64%	Катам нез — 4 года

Эти акценты определяют сочетание поведенческих и групповых видов психотерапии. Результаты выглядят вполне убедительно. Так, специалистами были сопоставлены данные рецидивности у 53 нелеченых и 64 прошедших курс психотерапии пациентов за период, в среднем достигавший 42—44 месяцев. Оказалось, в целом рецидивизм в I - й группе достигал 32%, в сравнении с 14% во 2-й.

Таблица 14

Опыт лечения сексуальных преступников методом глубинной психотерапии

Автор, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Сопи(1949)	Педофилы (гетеросексуальные) — 8, эксгибиционисты—4, педофилы (гомосексуальные) — 3, гомосексуалисты — 4, пироманы—1, написание писем и телефонные звонки — 3	Кратковременная аналитическая терапия в комбинации с гипнотической релаксацией	Хороший терапевтический эффект (без рецидивов) — 19. Время лечения 6-12 мес. —10,1-2 года — 4, 2-3 года —4,3-5 лет— 3, отказ в терапии — 2, отказ от терапии — 2	Катамнез(до8 лет)
Brautigam (1966)	14 пациентов со следующими деликтами: эксгибиционизм — 6, педофилия (гомосекс.) — 5, педофилия (гетеросекс.) — 4, изнасилование — 2, фетишизм — 2, содомия — 2, инцест — 1.	Контактная психотерапия по Gondsmit: 1-я фаза — установление контакта, 2-я фаза — усиление «Я», приобщение к окружающей жизни. 3-я фаза — выявление, вскрытие конфликта.	Отсутствие необходимости в дальнейшем лечении — 7, рецидив — 1, возникновение необходимости в дальнейшем лечении — 5, рецидив в период лечения — 1.	Катамнез (от 1 года до 2 лет)

Окончание табл 14

Hackett (1971)	Эксгибиционисты — 37	Краткая аналитическая терапия, период лечения от 6 мес.—16 ^пациентов до 14 лет, 50 минут в неделю	Без рецидива— 33, рецидивы после прекращения терапии — 4	Катамнез (от 2 до 14 лет)
Petn(I980)	Эксгибиционисты — 14, гомосексуалисты — 3, пациенты с «болезненной» мастурбацией — 2, пациент с преждевременной эякуляцией — 1	Краткая аналитическая терапия в комбинации с антиандрогенными препаратами	Очень хороший эффект (устранение психических симптомов и социальная адаптация)— 6, хороший эффект (улучшение состояния) — 5, без эффекта— 9 (лишь некоторое уменьшение интенсивности влечений). Рецидивы отмечались в 33% случаев	Катамнез (от 1 года 3 мес. До 6 лет)

Таблица 15

Опыт лечения сексуальных преступников с применением концепции обучения и комбинированной техники

Автор, год	Группа пациентов	Вид терапии	Результат	Способ проверки результатов
Бспогеспидр. (1985)	Эксгибиционизм перед женщинами — 25, эксгибиционизм перед детьми — 21, сексуальные правонарушения в отношении детей — 23, агрессивные сексуальные действия в отношении женщин — 11, прочие (фетишизм и др.)	Открытая терапевтическая форма: индивидуальный подход на основе психодинамического понимания симптоматики, методы и техника директивного усиления самоконтроля (прагматический подход)	В 1/5 — случаев—хороший результат, в 2/5 — средний, в 2/5 — плохой. Рецидивы отмечались в 27% случаев. Не отмечалось связи между терапевтическим эффектом и появлением рецидивов	Оценка результатов на основе самоотчетов пациентов и больных контрольной группы, катамнез — 2.5 года (59%). В остальных случаях оценивались изменения девиантной симптоматики, изменения в социальной области, изменения интенсивности психических симптомов

Таблица 16

Уровень рецидивизма в процентах в каждой группе

Диагноз	Без лечения			Прошедшие лечение		
	Интромиссия	Без интромиссии	Всего	Интромиссия	Без интромиссии	Всего
Гетеросексуальный педофильный объект	83 (я - 6)	23 (л = 13)	42 (л = 19)	30 (л = 10)	12 (л = 17)	19 (л = 27)
Гомосексуальный педофильный объект	40 (л = 5)	43 (л = 7)	42 (л - 12)	14 **(Я- 7)**	14 С" = 7)	1 4 (л - 14)
Инцестные действия	27 (я-11)	9 (ж-11)	1 8 (л = 22)	1 8 (я-11)	0 (л - 12)	9 (л = 23)

При этом выявились неожиданные закономерности, например, в отношении такого феномена, как интромиссия (оральная или анальная). Она выступала в роли четкого предиктора рецидивизма в обеих группах гетеросексуальных правонарушителей. К тому же был подтвержден высокий уровень латентности девиантной активности. Так, среди 26 человек, совершивших девиантные акты повторно, только 11 были идентифицированы официально. То же касалось и их жертв, из которых в официальных отчетах фигурировали только 15, тогда как, согласно неофициальной информации, еще 25 детей были вовлечены в девиантгую активность. Эти данные свидетельствуют, в частности, о том, что контакт парафильных личностей с психиатрами может быть более продуктивным и нести более достоверную информацию, нежели сведения, получаемые в ходе процессуальных действий.

Все большее распространение в США, Швеции и Германии получает т. н. Хамельн-модель, используемая в отношении несовершеннолетних сексуальных насильников, проходящих лечение в группах вне тюрьмы. Суть психотерапевтического семинара заключается в обучении самоанализу и эмоциональному отреагированию. Занятия проводятся несколькими психологами с помощью «эмансипированных» женщин из движения Хамельна. Присутствуют также матери преступников и родители или знакомые жертвы, воспроизводящие обстоятельства данного правонарушения. В результате психотерапии пациенты постепенно приходят к изменению своего поведения в отношениях с женщинами, соответствующим образом меняется и их внутренняя установка на эти отношения. По мнению H. Tugel, M. Heilemann (1987), у сексуальных преступников, прошедших полный курс по коррекции полоролевого поведения, не должно возникать рецидивов. Одновременно данный метод близок методикам коррекции эмпатических способностей, получающим в последнее время все большее распространение. При этом возникают и новые задачи по дифференциации контингента больных. Так, W. D. Pithers (1994), формируя психотерапевтические группы, оценивал с помощью специальной тестовой батареи соответствующие особенности. Оказалось, что педофилы демонстрировали большую эмпатию как до лечения, так и после него, нежели насильники. Сюрпризом при этом было отсутствие различий в когнитивных нарушениях между этими группами, вопреки ожиданиям больших нарушений при насильственном сексуальном поведении. В целом же результаты анализа показали, что высокоспециализированное воздействие может существенно повысить эмпатию по отношению к жертвам и уменьшить риск осуществления сексуального насилия.

Главная цель психотерапии и психокоррекции аномального сексуального поведения — реализация поведения, замещающего парафильное в функции обеспечения эмоциональной саморегуляции.

Стержневой принцип построения стратегии психотерапии при аномальном сексуальном поведении — принцип «зеркального онтогенеза»: этапы стратегии должны повторять этапы онтогенеза в обратном порядке. По сути, речь идет об управляемом регрессе психосексуального развития, поскольку «доступ» к симптому, например, расстройства половой идентичности, становится возможным только после разрушения фиксированных форм поведения и шаблонов субъективных переживаний, выработанных по механизмам компенсации на более поздних этапах онтогенеза.

Этапы психотерапии (Введенский, 1996) описаны ниже.

1. *Разрушение паттерна аномального сексуального поведения.* Паттерн любого поведения, в том числе и рассматриваемого, можно представить в виде сочетания трех компонентов (совокупностей реакций): мышечного (двигательного), эмоционального и сенсорного — зрительного, звукового и прочих чувственных модальностей, возникаю щих во время осуществления парафильного акта. Различные психотерапевтические тех ники позволяют воздействовать на те или иные звенья этого устойчивого комплекса. Так, телесно ориентированная терапия воздействует на мышечный компонент. Например, больному предлагается представить ситуацию привычного для него парафильного по ведения, но при этом его телу придается неестественная для данной ситуации поза, что влечет за собой развал всего поведенческого паттерна (Feldenens, 1947). Гештальттерапия направлена, прежде всего, на отщепление эмоционального компонента и имеет раз личные модификации в плане техники — «разрушение проекции», «переваривание интроекции» и т. д. (Perls, 1957). Нейролингвистическое профаммирование воздействует, в основном на сенсорный компонент.

Таким образом, разрушение поведенческого паттерна возможно различными путями: в рамках нейролингвистического программирования — методикой «диссоциации» (Grinder, Bandler, 1978); методиками когнитивной и поведенческой психотерапии, когда происходит «десенситизация стимулов», насыщение стимулами (Marsall, 1979), аверсивной терапией (электрошоком, «стыдом» (Reitz, Keil, 1971); нюхательными солями, с применением биологической обратной связи — видео (Jones, Frei, 1977); плетизмофаллофафией, методиками лечения аддиктивного поведения, одним из частных случаев которого может быть сексуальное (Carnes, 1989).

2. Купирование аффективных нарушений. Основной метод психотерапии на этом этапе — индукция трансовых состояний (Polk, 1976, 1983). Сущность данного этапа на психологическом уровне представляет регресс психического «Я», что клинически выражается в ощущении собственной бесполости с дезактуализацией сексуальной сферы жизни вообще в рамках снижения актуальности настоящего.

3. *Психокоррекция расстройств половой идентичности.* Лица с парафилиями, нерешенными в онтогенезе, имеют следующие проблемы идентификации (Белкин, 1979): выбор референтной группы, готовность к эмоциональному сопереживанию с эталоном, отсутствие разведения объекта референции (этамша) и объекта сексуального влечения, завершенность дистинкции. В рамках попыток решения этих задач развивать эстетическое восприятие противоположного пола можно на занятиях силовыми видами спорта и бальными танцами (Голанд, 1983), на тренингах по полоролевому поведению (Tugel, Heilmann, 1987), по выработке эмпатии к жертве (Molenkdmp, 1995), применяя Хамельн-модель (Кокотт, 1992). Перспективными психотерапевтическими методиками в

этом плане можно считать создание эталонов и отождествление себя с ними в рамках нейролингвистического программирования.

4. *Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное.* Предложена программа формирования стратегий совладания и избегания. Одна из методик выбора для решения этой задачи — рефрейминг (Grinder, Bandler, 1978) с подбором модификаций. Критерием эффективности этого этапа, кроме экологической проверки, будет отсутствие подобного поведения или идеаторной активности аналогичного содержания в течение определенного периода наблюдения.

Оценка эффективности терапевтического воздействия при лечении парафилий приобретает особое значение. Помимо упомянутого выше обязательного контроля содержания тестостерона при антиандрогенной терапии, психофизиологического обследования в виде приведенного периодического тестирования, здесь важную роль играет психологическое обследование, направленное в том числе на оценку актуальности девиантных переживаний и прогноза последующего поведения.

Поскольку среди «мишеней» терапии индивида с расстройством сексуального влечения немаловажное место занимают его личностные особенности, то и протекание коррекционного процесса нуждается в постоянной его верификации с помощью специальных диагностических процедур. Возникает необходимость отслеживания с помощью специальным образом организованного психологического исследования изменений, происходящих с субъектом в процессе психокоррекционного воздействия. А именно: выявление количественных и качественных изменений эмоциональной сферы, полового самосознания, психосексуальности субъекта, изменение динамики Я-образа, особенностей осознанности и дифференцированности социально-психологических регуляторов поведения (представления о половой роли испытуемого, динамика ее регулятивной роли, ее динамика в отношении иерархии ценностей личности).

ГЛАВА 19

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ (ГЕМБЛИНГ)

Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг) современные исследователи относят к т. н. нехимическим (поведенческим) аддикциям, когда объектом зависимости становится не психоактивное вещество, как в случае химической зависимости, а поведенческий паттерн. В последнее десятилетие отмечены десятки различных поведенческих аддикций, среди которых гемблинг—одна из наиболее распространенных, и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает аддикций химические (Егоров, 2005). Некоторые специалисты называют гемблинг «моделью поведенческой аддикций» (Ibanez et al., 2003). Вместе с тем в литературе до сих пор не утихают споры, является ли гемблинг аддикцией или в большей степени представляет собой одну из форм обсессивно-компульсивного расстройства.

Зависимость от игры в последние годы стала одной из серьезных проблем российского общества, как социальной, так и сугубо медицинской. В связи с повсеместным распространением игровых автоматов и отсутствием контроля заданным видом игорного бизнеса среди населения практически во всех возрастных группах началась своеобразная гемблинг-эпидемия. Нарастающая распространенность патологической зависимости от игры многих людей в России привела к нищете, а кого-то — и к самоубийству. В то же время большинство врачей плохо знакомы с психопатологией данного расстройства, не изучены особенности формирования и течения этой болезни в социально-экономических условиях российской действительности, не разработаны действенные методы терапии. Имеющиеся отдельные отечественные исследования посвящены изучению преимущественно личностных особенностей патологических игроков, их социо-демографических характеристикам (Зайцев, 2000; Менделевич, 2003; Зайцев, Шайдулина, 2003; Малыгин, Цыганков, 2005).

Актуальность вопроса патологической зависимости от игры, по мнению многих ученых, обусловлена по крайней мере тремя причинами. 1. *Серьезные социальные и финансовые трудности у патологических игроков:* 23% игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке (Ciarrocchi, 2002). 2. *Распространенность противоправных действий:* до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения (Thompson, Gazel, Rickman, 1996; Lesieur, Anderson, Rosenthal, 1995). 3. *Высокий суицидальный риск:* от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли (Frank et al., 1991; Kausch, 2003; Petry, Kiluk, 2002; Thompson et al., 1996).

Отечественные авторы Ц. П. Короленко и Т. А. Донских (1990) также выделяют ряд характерных признаков, свойственным азартным игрокам. К ним относятся;

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание и воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к ней. Такие состояния по ряду признаков напоминают картины абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, расстройством концентрации внимания.

5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.

6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.

7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гемблинг возобновляется.

В МКБ-10 патологическая зависимость от азартных игр рассматривается в разделе F60-F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» и относится к рубрике «Расстройства привычек и влечений» (F63) наряду с пироманией, клептоманией и трихотилломанией. Заболевания, включенные в рубрику «Расстройства привычек и влечений» в МКБ-10 объединены в одну группу лишь на основании их значительного описательного сходства, а не потому, что они имеют другие важные признаки.

Патологическое влечения к азартным играм (F63.0) в МКБ-10 квалифицируется как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и руинирование личной жизни».

Для диагностики патологического влечения к азартным играм состояние человека должно отвечать следующим критериям: 1) повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении не менее года; 2) эти эпизоды возобновляются, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушение социальной и профессиональной адаптации; 3) невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием; 4) постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано (Попов, Вид, 1997).

Более широко диагностические признаки патологического влечения к игре представлены в американской классификации психических расстройств (DSM-IV, 1994). Диагноз патологического гемблинга ставится при наличии пяти и более пунктов из раздела «А» в сочетании с пунктом раздела «Б».

Раздел «А».

1. Поглощенность гемблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.

2. Продолжение игры при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.

3. Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть реже или совсем прекратить.

4. Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры,

5. Обращение к игре связано с желанием уйти от проблем или снять проявления депрессии (чувство вины, тревоги, ощущение беспомощности).

6. Возвращение к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).

7. Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.

8. Наличие криминальных действий, таких как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.

9. Аддикт (зависимый) ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.

10. В ситуации отсутствия денег из-за гемблинга перекладывает решение проблем на других людей.

Раздел «Б».

Игровое поведение не связано с маниакальным эпизодом.

В связи с всеобщей интернетизации в последние годы все большей популярностью у игроков пользуется онлайновый или интернет-гемблинг. По данным С. Вэрри (S. Warry, 2001), более 4,5 миллиарда долларов зарабатывалось в этой сфере ежегодно на начало тысячелетия. По прогнозам, эта цифра может удваиваться каждые 2 года. Онлайновый гемблинг ранее был описан К. Янг (2000) как одна из форм интернет-аддикции.

19.1. Эпидемиология

Азартные игры распространены во всем мире. В США, по данным широкомасштабных эпидемиологических исследований, большинство людей время от времени играет в азартные игры. Среди всего населения 86% когда-нибудь играло на деньги, 68% играло в течение текущего года (Rotter, 2004). Однако всегда находятся те, кто рискует больше других, теряя при этом контроль над своим поведением. Так, еще в 1970-х гг. в Англии возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия, за счет возрастающей популярности залов игровых автоматов.

В США, по данным Р. Фольберг (1996), количество «проблемных гемблеров» — аддиктивных игроков, настолько зависимых от игровых автоматов, что их жизнь оказывается полностью подчиненной этой страсти,—достигает 5% населения. По мнению К. Декариа с сотрудниками, число гемблеров в США к середине 1990-х гг. достигло 2,5 млн человек (DeCaria et al., 1996). Согласно мониторинговым исследованиям Дж. Вельте с коллегами, число проблемных гемблеров в США в начале тысячелетия не превышает 2% (Welte et al., 2001). Данные других исследователей (Ladouceur et al., 1999) свидетельствуют о том, что только за первую половину 1990-х гг. число проблемных гемблеров выросло в Канаде более чем на 75%.

Распространенность патологического пристрастия к азартным играм в популяции оценивается от 1,4 до 5,1 % (Petry, Armentano, 1999). На 1997 г. количество зависимых от игры в США было оценено в 7,5 млн взрослых и 7,9 млн юных американцев (National Gambling Impact Study Commission, 1999). В период с 1991 по 1995 г. количество денег, потраченных на игру, выросло в США с 300 млн до 500 млн долларов в год. Выявлено, что в ряде штатов в США распространенность патологического гемблинга увеличилась после легализации азартных игр (Volberg, 1996). Другие исследователи (Room, Turner et. al., 1999) обнаружили, что открытие казино в Ниагарском водопаде (Канада) привело к заметному увеличению среди местного населения лиц, играющих на деньги и, как следствие, — рост проблем, связанных с азартной игрой.

Большинство исследований, посвященных патологической азартной игре, ориентировано на мужчин. Наблюдаемое соотношение мужчин—женщин в группах GA («Анонимные игроки») — 7:1; 10:1. По некоторым данным (Lesieure, 1984; Volberg, Steadman, 1988), только 2% членов GA были женщинами и только 7% — среди участников программ терапии. В то же время изучение распространенности гемблинга среди всего население показывает соотношение мужчин и женщин 2:1 или 3:1. Низкие показатели распространенности патологической зависимости от игры у женщин связывают с плохой выявляемостью данного расстройства среди женской части популяции. Обычно женщин, обращающихся за помощью по поводу эмоциональных расстройств и проблем отношений, редко расспрашивают об их привычках играть на деньги, следовательно, они не получают адекватной помощи (Leseieure, 1984).

Интервью у 50 женщин-игроков, членов групп G A, выявило, что 29 (58%) уже обращались к специалистам по поводу проблем психического здоровья. 17 из них (34%) не упоминали, что они были игроками, и только 4 (8%) были направлены к специалистам (Blume, Lesieur, 1990). Отмечается, что у женщин патологическое влечение к игре носит более тяжелые формы. Женщины втягиваются в опасное увлечение игрой в три раза быстрее, чем мужчины, и тяжелее поддаются психотерапии (Black, Moyer, Rosethal, 1992; Volberg, 1994).

В недавнем сравнительном исследовании 70 проблемных гемблеров-мужчин и 70 гемблеров-женщин показано более прогредиентное развитие аддикции у женщин по стадиям: социальный гемблинг; интенсивный гемблинг; проблемный гемблинг. Различия между мужчинами и женщинами в формировании пристрастия, обусловленные половой принадлежностью, заключались также в том, что гемблингу у женщин чаще сопутствовало депрессивное расстройство, а у мужчин — алкоголизм (Tavares et al., 2003).

Исследование тендерных различий патологического гемблинга, предпринятое испанскими исследователями, выявило, что 67% мужчин против 25% женщин приобщились к гемблингу еще в подростковом возрасте. Хотя женщины позже начинают играть, становление аддикции у них возникает быстрее. Патологические игроки-женщины предпочитали бинго, а игроки-мужчины — игральные автоматы. Коморбидность с другими психическими расстройствами у мужчин и женщин оказалась одинаковой, между тем у мужчин чаще встречался алкоголизм и антисоциальное расстройство личности, а у женщин —»аффективные расстройства и случаи физического насилия (Ibanez et al., 2003).

У подростков имеются свои особенности гемблинг-зависимости. А. Чамберс и М. Потенца (2003) отмечают, что гемблинг среди подростков и молодежи встречается в 2-4 раза чаще, чем среди взрослых.

Исследование особенностей гемблинга среди подростковой популяции в 10 000 человек в возрасте 12-13 лет из 114 школ в Англии и Уэльсе показало, что подростки играют практически в те же игры, что и взрослые. Вместе с тем тинейджеры предпочитают игровые автоматы (fruit machines, в настоящее время стоящие во всех игорных залах России), а также билеты Национальной лотереи (Fisher, 1999). По данным австралийских исследователей, более 3,5% подростков могут быть отнесены к проблемным гемблерам, причем тендерных различий по распространенности гемблинга в подростковой популяции обнаружено не было (Delfabbro, 2003). В другом весьма репрезентативном (1846 подростков приняли участие) американском исследовании методом анкетирования изучались личностные, семейные и микросоциальные факторы, влияющие на подростковый гемблинг (Langhinrichsen-Rohlingetal., 2004). У возможных патологических гемблеров-подростков отмечалась высокая корреляция таких факторов, как: игры среди родителей и ближайшего окружения, возможное вовлечение в гемблинг близкими, поведенческое расстройство, пьянство, суицидальные попытки, потребление наркотиков и мужской пол.

19.2. Этиология, патогенез

Риск формирования аддиктивного поведения в настоящее время принято рассматривать с позиций биопсихосоциодуховной модели, где каждый из факторов или их сочетание (наследственность, особенности характера, микро- и макро- социальное окружение, зрелость личности в целом) участвует в формировании болезни.

К общебиологическим факторам относятся пре-, пери- и постнатальные вредности, способствующие возникновению органической неполноценности структур головного мозга. Наследственность, в свою очередь, — основа формирования темперамента и характерологических свойств личности.

В ряде исследований выявлено, что у лиц, зависимых от игры, статистически значимо чаще, чем у здоровых родителей, дети становились патологическими игроками (National Research Council, 1999; Toneatto, Brennan, 2002).

В. Слуцки и С. Эйсен (Slutske, Eisen, 2000) обращают внимание на случаи семейного накопления патологической зависимости от игры, предполагая значение генетической наследственности в уязвимости ряда людей к возникновению патологического влечения к азартной игре. Те же авторы (Eisen et al., 2001) в более поздней работе на основании исследования игрового поведения у 3359 пар близнецов пришли к следующим выводам: 1) наследственные факторы объясняют существенную часть разнообразия симптомов гемблинга; 2) существует единый континуум генетических дефектов, лежащий в основе разных вариантов гемблинга; 3) коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальном расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, влияющими на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств.

Испанские исследователи А. Ибаньес и его коллеги (2003) в обзоре, посвященном роли генетических факторов в развитии патологического гемблинга, отмечают, что исследования в области молекулярной генетики обнаружили разнообразные специфические аллели генов, ответственных за нейромедиаторные системы, участвующие в формировании гемблинга. Установлены связи между патологическим гемблингом и полиморфизмом генов дофаминовых рецепторов, геном переносчика серотонина и геном монаминоксидазы-А. Более того, эти различия имеют тендерную специфику. В обзоре делается вывод, что патологический гемблинг хотя бы частично определяется генетическими факторами.

Группа американских генетиков (Comings et al., 2001) изучали полиморфизм 31 гена, вовлеченного в передачу дофамина, серотонина, норадреналина и ГАМК у 139 гемблеров по сравнению с релевантной контрольной группой. Наибольшие изменения были выявлены при генотипировании в генах DRD2, DRD4, DAT1, TPH, ADRA2C,NMDA1 и PS1 по сравнению с контролем. Оказалось, что изменения в генах, связанных и с дофамином, и с серотонином, и с норадреналином, составляют приблизительно одинаковый риск для возникновения патологического гемблинга.

А. О. Бухановский (2002) особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает органической неполноценности ЦНС (различным церебральным заболеваниям, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС), что способствует слабости тормозных процессов, гипервозбудимости, ригидности и застреванию психических процессов.

Ряд исследователей утверждает, что, как и при химической зависимости, при патологическом гемблинге отмечается снижение чувствительности «системы награды». Недавние МРТ-исследования показали снижение стриатумной и вентро-медиальной префронталь-

ной активации у гемблеров по сравнению с контролем, причем чем выраженнее аддикция, тем ниже активация структур, связанных с «системой награды» (Reuter et al., 2005).

О связи билатеральных вентро-медиальных поражений префронтальной коры и патологического гемблинга говорят и другие исследования. Так, А. Бехара (Bechara, 2001), отмечая потерю контроля и критики у неврологических пациентов с подобными поражениями, высказывает гипотезу о наличии «соматического маркера» расстройств, связанных с принятием решений. Кроме префронтальной коры, этот специалист включает в «соматический маркер» поражения миндалины и части соматосенсорной коры, в том числе перешеек. Автор считает, что на основе «соматического маркера» формируются тяжелые нейро-психиатрические заболевания, в числе которых — злоупотребление ПАВ, патологический гемблинг.

Способность к принятию решений как функция вентро-медиальной префронтальной коры исследовалась П. Кавениди с коллегами (Cavedini et al., 2002) у 20 патологических гемблеров и 40 здоровых добровольцев с помощью гемблинг-теста. Результаты исследования показали существенные различия в принятии решений у патологических игроков и здоровых людей, что объясняется авторами патологическим функционированием орбито-фронтальной коры. Авторы также указывают на общие нейропсихологические основы гемблинга, обсессивно-компульсивного растройства и химической зависимости. На сходные нейробиологические основы химической зависимости и патологического гемблинга, как и других компульсивных расстройств (аддикция к покупкам, сексуальные аддикции, компьютерные аддикции и т. д.) указывает и М. Потенца (Potenza, 2001).

Швейцарские исследователи М. Регард и его коллеги (Regard et al., 2003) провели неврологическое, нейропсихологическое и ЭЭГ-обследование 21 проблемного гемблера и обнаружили, что у испытуемых по сравнению с контролем намного чаще встречаются разнообразные признаки мозговой дисфункции. Так, более чем в контрольной группе в анамнезе отмечались ЧМТ. Левшество и амбидекстрия у гемблеров присутствовали в 43% случаев, не доминантность левого полушария по речи — в 52%. ЭЭГ показала дисфункциональную активность у 65% игроков. Авторы высказывают предположение, что патологический гемблинг — это следствие повреждения мозга, особенно фронто-лимбической системы. В пользу наличия органической «почвы» для возникновения гемблинга говорят и данные П. Карлтона с сотр. (Carlton et al., 1987) о высокой частоте синдрома дефицита внимания в детстве у проблемных гемблеров.

Е. Холландер и его коллеги (Hollander et al., 2000) описали значение различных нейромедиаторных структур в формировании патологического гемблинга. Так, по мнению авторов, серотонин связан с поведенческой инициацией и растормаживанием, необходимым для начала гемблингового «запоя», и со сложностью его прекращения. Норадреналин связан с возбуждением и чувством риска, присущими гемблерам. Дофамин, вызывающий положительное или отрицательное подкрепление при воздействии на «систему награды», способствует закреплению аддикции. Существенную роль катехоламиновых структур в формировании гемблинга подтверждают и данные М. Зака и К. Поулоса (Zack, Poulos, 2004) о резком усилении тяги к игре после приема психостимуляторов (амфетамина) у проблемных гемблеров.

19.3. Характерологические и личностные свойства гемблеров

Во множестве исследований (Личко, 1977; Лысенко, Ревенок, 1988; Морозов, Боголепов, 1984;Смулевич, 1983; Гулямов, 1988; Пятницкая, 1994, и др.) отмечается, что аддиктивное поведение, в частности наркомания, наиболее часто формируется у лиц с

аномалиями характера. При этом риск формирования аддиктивного поведения связан не столько со степенью аномалии характера (психопатия или акцентуация), сколько с ее типом — преимущественно неустойчивым, эпилептоидным и конформным, по мнению А. Е. Личко(1977), либо гипертимным, эпиленптоидным, истероидным и неустойчивым (Егоров, 2003). Очевидно, риск формирования аддиктивного поведения необходимо рассматривать в целостно динамическом соотношении характера, личностных свойств и социальных факторов. Среди гемблеров также встречаются лица с неустойчивой и гипертимной акцентуациями характера (Соболева, Реверчук, 2004).

Говоря о личностных особенностях проблемных гемблеров, большинство исследователей указывает на потерю ими контроля над собственным поведением, причем это касается всех вариантов гемблинга — от игры на тотализаторе до игровых автоматов (O'Connor, Blaszczynski, Nower, 1997; Roy et al., 1980; Steel, Blaszczynski, 1998), отмечая среди патологических игроков более высокий уровень нейротизма, импульсивности по сравнению с контрольной группой здоровых людей, выделяют три подгруппы проблемных гемблеров: 1) с нарушением поведения; 2) эмоционально неустойчивых; 3) антисоциальных гемблеров, склонных к импульсивным поступкам, подчеркивая тем самым неоднородность группы аддиктов.

Кроме обнаруженных эмоциональных особенностей и аффективной патологии игроков, обращает на себя внимание высокая распространенность в преморбиде нарушений когнитивных функций в их среде. Так, больные патологическим гемблингом часто думают, что они обладают особым «шестым чувством» и более удачливы, чем другие люди (Rotter, 2004). Установлено (Менделевич, 2003), что патологические азартные игроки имеют более низкую способность к прогнозированию жизненных событий по сравнению с контрольной группой. Автором также отмечается сниженная волевая деятельность у игроков, что проявляется расстройством преодоления препятствий, а также смещение профиля их личности в сторону экстернальности, находящееся в прямой зависимости с эмоциональной неуравновешенностью.

У патологических гемблеров были выявлены повышенные показатели по шкале психотизма и нейротизма, согласно опроснику Айзенка (Custe et al., 1989).

Б. С. Братусь (1988), исследуя феномен влечения к алкоголю, разработал концепцию иллюзорно-компенсаторной деятельности при алкоголизме: алкоголь, действуя как своеобразный, пусть и патологический, адаптоген, создает иллюзию жизни и личностного благополучия. Для патологических игроков также свойственно формирование иллюзорных представлений. Так, выявлено (Малыгин, Цыганков, 2005), что один из важных мотивов обращения к игре — «мечты о новой, более яркой жизни». Но в случае выигрыша такие люди часто неспособны обеспечить себе в реальности комфортные условия существования, что, по-видимому, может свидетельствовать о своеобразной психологической защите и формировании иллюзорно-компенсаторного поведения среди патологических азартных игроков (Бухановский, 2002).

Среди множества вариантов первичных мотивов обращения к психоактивным веществам принято выделять пять наиболее значимых групп: гедонистический (включающий в себя любопытство), субмиссивный (заключающийся в конформном следовании традициям микросоциального окружения), коммуникативный (для облегчения общения), детензивный (устранение неприятных эмоций) и протестно-демонстративный (сопротивление требованиям окружающих, например «назло родителям») (Пелипас, Рыбакова, Цетлин, 1999; Пятницкая, 1999; Скворцова, Карлсен, Уткин, 2000).

Менее исследованы мотивы обращения к игре. Наиболее часто (Малыгин, Цыганков, 2005) отмечается желание получить удовольствие (92,3%), ощутить азартное волне-

ние (92,3%), стремление сделать деньги (87,7%), т. е. гедонистический мотив и близкий к нему мотив с гиперактивацией поведения, а также, на последующих этапах разрвертывания болезни — детензивная (снятие напряжения) мотивация (Малыгин, Цыганков, 2005).

19.4. Социальные факторы риска

Микро- и макросоциальные факторы, *предрасполагающие кгемблингу:* неправильное воспитание в семье, участие в играх родителей, знакомых, стремление к игре с детства (домино, карты, монополия и т. д.), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег (Короленко, Дмитриева, 2000). Американский исследователь А. Пастернак (Pasternak, 1997), в свою очередь, в качестве факторов риска выделяет принадлежность к национальному меньшинству, отсутствие семейного статуса. Ситуативная доступность азартных игр как предрасполагающий социальный фактор также отмечается рядом исследователей (Volberg, 1996; Room, Turner et al., 1999).

П. Дельфабро и Л. Трапп (Delfabbro, Thrupp, 2003), рассматривая социальные детерминанты, способствующие возникновению подросткового гемблинга, указывают на факт гемблинга среди родителей, а также на положительное отношение к игре в семье. Говоря о факторах, препятствующих подростковому гемблингу, исследователи отмечают воспитание в семье таких качеств, как умение сохранять свои деньги, составлять и поддерживать бюджет.

Патогенетические механизмы формирования зависимого поведения описываются в рамках бихевиоральных и психоаналитических теорий. Отмечается, что существует два варианта возникновения аддиктивного поведения (Бухановский, 2002) — оперантное научение и реактивный импритинг. Оперантное научение происходит постепенно, по типу повторных подкреплений. Патогенная ситуация, оказывая влияние через систему слабых, но регулярных или частых воздействий, постепенно формирует устойчивое нарушение в предрасположенной к тому высшей нервной деятельности. По мнению А. О. Бухановского (2002), именно так наиболее часто формируется патологическая зависимость от игры. Реактивный импритинг вызывается чрезмерным по интенсивности стрессовым воздействием, возникая в виде острой реакции запечатления необычного переживания, подкрепляемой интенсивной психоэмоциональной реакцией. Данный вариант (Бухановский, 2002) более характерен для садизма, фетишистского трансвестизма. На нейрофизиологическом уровне это проявляется образованием генератора патологически усиленного возбуждения (Крыжановский, 1994; Перехов, 1998), что сопровождается гиперактивацией катехоламинового, в частности дофаминового, синапса и обеспечивает компульсивность влечения.

Психоаналитическая концепция патологического влечения к азартной игре исходит из того, что за нелогичной, постоянной уверенностью патологического игрока в выигрыше скрываются инфантильные фантазии всемогущества, ожидания неограниченного удовлетворения своих желаний. Постоянное возвращение к игре означает протест, бессознательное агрессивное отношение к реальной действительности, не желающей приближаться к этим фантазиям (Попов, Вид, 1997). Низкая сила эго в сочетании с нарциссизмом может способствовать снятию с себя ответственности и возложению ее на других, в частности на фортуну (Miller, 1986).

19.5. Коморбидность

Ряд авторов указывают на высокую распространенность невротических и соматических расстройств среди игроков (Lorenz, Yaffee, 1986; Bergh, Kuhlhorn, 1994). Коморбидность патологического гемблинга с другими психическими расстройствами составляет до 50% (Cunningham-Williams et al., 1998), а по данным А. Ибаньеса с коллегами (Ibanez etal., 2001), выявляется почти у 2/3 (62,3%) проблемных гемблеров. Причем по наблюдению авторов, наличие коморбидной патологии взаимно утяжеляет течение болезней. Из коморбидной психической патологии авторы чаще всего наблюдали расстройства личности (42%) и химическую зависимость (33,3%). О достоверно более высоком уровне потребления ПАВ среди гемблеров говорится и в других исследованиях, причем потребление алкоголя выше у гемблеров-мужчин, чем у гемблеров-женщин (Maccallum, Blaszczynski, 2002). По данным О. Кауша (Kausch, 2003), у 2/3 патологических гемблеров в анамнезе отмечается потребление или зависимость от ПАВ, причем более чем половина из них продолжала потреблять ПАВ в последние годы (чаще всего алкоголь). В выборке из 115 человек среди лиц в возрасте 20-29 лет 80% имели проблемы с алкоголем. С этим перекликаются данные С. Н. Бондаренко (2003), сообщившего, что лишь 30% из 30 находящихся под наблюдением гемблеров не имели в анамнезе других химических аддикций.

Иные формы нехимических зависимостей также часто встречаются у проблемных гемблеров: более 30% сообщили о наличие у них компульсивных сексуальных расстройств, а у 25% отмечалась аддикция к покупкам (Kausch, 2003).

В свою очередь, у зависимых от ПАВ гемблинг как коморбидная патология — тоже не редкость. У хронических алкоголиков гемблинг как коморбидная патология встречается достаточно часто. Как показали исследования Дж. Сельмана с коллегами (Sellman et al., 2002), у 80%) амбулаторных пациентов-алкоголиков в течение предыдущих 6 месяцев перед обследованием отмечались эпизоды гемблинга, а у 30% — в течение предшествующей недели. Пятая часть пациентов-алкоголиков отвечала критериям проблемного гемблинга. В другом исследовании говорится, что проблемными гемблерами чаще становятся потребители марихуаны (24%), чем кокаина (11,8%), опиатов (4,8%) и алкоголя (4%) (Toneatto, Brennan, 2002). Среди наркоманов, находящихся на метадоновой поддерживающей терапии, случаи патологического гемблинга отмечались у 17,7%, причем прогноз успешности терапии у них был ниже (Ledgerwood, Downey, 2002). Среди 97 подростков, зависимых от ПАВ, социальный (непатологический) гемблинг встречался в 57% случаев, а 9% из них были признаны проблемными гемблерами (Kaminer et al., 2002).

Из других психических расстройств наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные (Linden etal., 1986), синдром дефицита внимания (Carlton etal., 1987), тревожные (Linden etal., 1986; Blaszczynski, McConaghy, 1989) и депрессивные нарушения (Bergh etal., 1989; Causch, 2003; McCormicketal., 1984). Поданным О. Кауша(Causch, 2003), диагноз депрессивного расстройства в его исследовании был поставлен 43% проблемным гемблерам. Другие эдогенные нарушения встречались значительно реже: биполярное аффективное расстройство — у 7%, а шизофрения — у 5%.

Некоторые авторы считают, что именно обсессивно-компульсивные и аффективные расстройства служат основанием для формирования зависимости от игры (Comings etal., 1996; Lesieur, Blume, 1991).

19.6. Клинические проявления

Р. Кастер (Custer, 1984) выделил три стадии развития гемблинга: I) стадию выигрышей; 2) стадию проигрышей; 3) стадию разочарования. *Стадия выигрышей* представле-

наследующими признаками: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм. Для *стадии проигрышей* характерны: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности — раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, одалживание денег на игру, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. Признаки *стадии разочарования:* потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя.

В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003) описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющее т. н. *игровой цикл,* понимание которого важно для формирования психотерапевтических задач при работе с проблемными гемблерами.

Фаза воздержания характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, влияния микросоциального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.

Фаза «автоматических фантазий», когда учащаются спонтанные фантазии об игре. Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов.

Фаза нарастания эмоционального напряжения. В зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками.

Фаза принятия решения играть. Решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант — решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

Фаза вытеснения принятого решения. Интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.).

Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают это состояние как «транс»: «Становишься как зомби». Несмотря на то что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отметаются

иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Злокачественное развитие патологического гемблинга чаще отмечается при использовании игровых автоматов, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и т. д.) (Breen, Zimmerman, 2002).

19.7. Терапия

Наиболее популярным способом лечения зависимости от игры в США является участие в группах взаимопомощи Анонимных Игроков (Gamblers Anonymous) (Petry, Armentano, 1999). Однако эффективность этого метода невысока. Примерно 70-90% посетителей групп GA выбывают на первых этапах участия в терапии, и лишь 10% становятся активными членами, из них только у 10% наблюдается ремиссии в течение года и более (Brown, 1985; Lester, 1980). Более высокие результаты — до 55% (Russo, Taber, McCormick, 1984) — достигаются благодаря применению комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в GA.

Среди множества методов психотерапии преимущественно используется поведенческая терапия — терапия отвращения, имажинальная десенсибилизация (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski et al., 1983; Blaszczynski, McConaghy, Frankova, 1991), реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов (Bujold, Ladouceur, Sylvain, 1994; Sylvian, Ladouceur, Boisvert, 1997). Психодинамические подходы к терапии основаны на личностных особенностях зависимых, связанных с низкой силой эго в сочетании с нарциссизмом (Miller, 1986).

В области фармакотерапии зависимости от игры К. Декариа с коллегами (DeCaria. et al., 1996) указывает на эффективность ингибиторов обратного захвата серотонина и кломипрамина. Имеются данные об эффективности карбамазепиыа, налтрексона (Haller, Hinterhuber, 1994; Kim, 1998). В результате плацебо-контролируемого исследования показана эффективность кломипрамина в редукции обсессивно-компульсивных симптоматики у больных патологическим гемблингом (Frenkel, DeCaria et al., 1992), флувоксамина (Hollander, DeCaria, Mari et al., 1998).

Двойное слепое плацебо-контролируемое 16-недельное исследование эффективности пароксетина при патологическом гемблинге было проведено Дж. Грантом с коллегами (Grant et al., 2003). Результаты исследования показали более высокую эффективность пароксетина, по сравнению с плацебо (у 59 против 49%), однако эти различия не достигали достоверного уровня. В. Д. Менделевич (2003) сообщает об эффективности пароксетина при терапии сочетанной аддиктивной патологии гемблинга и наркозависимости.

Зависимость от игры часто коморбидна биполярному расстройству (Winokur et al., 1969), в связи с этим возможно назначение препаратов лития (Moskowitz, 1980). Данные о равной эффективности (более чем в 60% случаев) лития и вальпроата при патологическом гемблинге, полученные в ходе первого контролируемого исследования, сообщает С. Палланти с коллегами (Pallanti et al., 2002).

Вместе с тем большинство исследований по фармакотерапии зависимости от игры основано на немногочисленных выборках, как правило, не включает контрольных групп, мало изучен уровень плацебо-эффекта.

ГЛАВА 20

«СОЦИАЛЬНО ПРИЕМЛЕМЫЕ» ФОРМЫ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Социальная приемлемость различных форм нехимических аддикций в значительной степени условна и зависит от ряда факторов (культурного, национального, социальных и др.)- Тем не менее мы нашли возможность выделения такой группы нехимических зависимостей, поскольку именно они представляют особый интерес для аддиктологии в плане проведения лечебно-реабилитационных мероприятий для аддиктов химических. Так как любая форма аддикций легко переходит в другую форму, в том числе химическая — в нехимическую, то и устойчивый переход наркомании или алкоголизма в социально приемлемую форму нехимической аддикций, на наш взгляд, должен рассматриваться как успешная ремиссия.

20.1. Работоголизм (трудоголизм)

Термин «работоголизм» был предложен в начале 1970-х гг. Даже первые работы, посвященные работоголизму, выявили его сходство с другими видами химической зависимости (Mentzel, 1979). Как и всякая аддикция, работоголизм — это бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, в данном случае достигающегося фиксацией на работе. Причем работа не представляет собой того, чем она бывает в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа—отнюдь не одна из составных частей его жизни: она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко, 1993). В нашем обществе культурально работоголизм в значительно большей степени распространен среди мужчин, хотя процессы эмансипации затрагивают и эту респектабельную аддикцию. Значительное число т. н. бизнес-леди могут быть отнесены к категории работо голиков.

Чем отличается трудолюбивый человек от трудоголика? Трудолюбивый человек имеет перед собой цель, ему важен результат своего труда, для него профессиональная деятельность — всего лишь часть жизни, способ самовыражения и средство самообеспечения и создания материальных благ. Для трудоголика все наоборот: результат работы не имеет смысла, работа — это способ заполнения времени, такой человек нацелен на производственный процесс. Семейные отношения, сама семья трудоголиком воспринимаются как помехи, отвлекающие от работы и вызывающие раздражение и досаду.

Одна из важных особенностей работоголизма — компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности, лености, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в психологическом состоянии чувства тревоги, не покидающее работоголика ни во время работы,

ни в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. Работоголик становится настолько фиксированным на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний (Короленко, 1993). Вместе с тем исследование числа разводов среди австралийских психологов с признаками работоголизма и без них, проведенное Р. Бурке с коллегами (Burke etal., 2003), не обнаружило каких-либо значимых различий.

G. Porter (1996) выделяет такие свойства работоголика, характерные для любого аддикта, как ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующую вовлеченность и отсутствие критики.

Работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, затрагивающими, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. Развитие процесса сочетается с прогредиентным нарастанием эмоциональной опустошенности, нарушается способность к эмпатии. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие больших энергетических затрат. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, где требуется активное участие, сторонится обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, не получающих от него обратного эмоционального тепла. Он предпочитает общаться с неодушевленными предметами (реже с животными), а не с людьми, т. к. это не требует решения насущных межличностных проблем (Короленко, 1993).

Вместе с тем аддикт убеждает себя и окружающих в том, что он работает ради денег или другой абстрактной цели. Такая защита принимается обществом. Человек не понимает, что такой способ «траты» себя — тупиковый, он не реализует собственные потенциальные возможности. Вне работы (болезнь, увольнение и т. д.) работогольная аддикция легко сменяется другой, чаще химической.

В психологическом портрете трудоголиков, считает В. Кукк (1999), преобладает добросовестный тип, а ему свойственны следующие черты:

- тщательность в работе; любовь к чистоте, порядку; большое старание, терпение и усердие, но в итоге — достижение средних результатов;
- стремление к безупречности во всем — в моральных и этических нормах, требование этого от других людей;
- затруднения в выборе; также тщательное взвешивание «за» и «против» в поступках, в мыслях и в стратегиях, стремление быть «правильным»;
- застревание в подробностях, деталях, моментах; чрезмерная обстоятельность;
- упорство, перерастающее в упрямство, целеустремленность, прямолинейность в достижении цели;
- системность в мышлении, организованность, предавание чрезмерного значения второстепенному;
- предусмотрительность, страх перед ошибками;
- накопление стрессов, напряжений, обид (неумение расслабиться, отдохнуть, простить, открыто выразить свои эмоции).

О. Веснина (2004) предложила свою классификацию трудоголиков в плане дальнейшего прогноза и коррекции их аддикции, которая, несмотря на свой очевидный научно-популярный стиль, в какой-то степени отражает различия среди аддиктов:

«Трудоголик для других» — это тот, кто очень много работает и очень доволен этим. Мама и друзья, а затем жена и дети (если он их сумеет завести) могут быть очень недовольны, но поделать с этим ничего не могут. Помочь «трудоголику для других» невозможно. Это все равно что лечить наркомана, который не хочет лечиться.

«Трудоголик для себя» — это тот, кто очень много работает, но испытывает по этому поводу противоречивые чувства. «Трудоголик для себя» не безнадежен. Не всякий, кто очень много работает, — трудоголик. Если другие области жизни такого работника — семья, досуг, друзья — не страдают, это значит, что он любит не только работу, но и все остальное.

«Успешный трудоголик» — это тот, кто благодаря своей работе добивается больших профессиональных/карьерных успехов.

«Трудоголик-неудачник» — это тот, кто рьяно занимается бесполезной деятельностью, которая никому не нужна. Он имитирует работу, заполняя пустоту в своей жизни.

«Скрытый трудоголик» — это тот, кто на людях сетует, как он не любит работать, а на самом деле все свои силы и любовь отдает работе. Одна «нога» трудоголика «растет» из страха перед близкими и глубиной (не структурированной работой) эмоциональных отношений с людьми, страха внутренней пустоты, которую надо заполнить. Другая «нога растет» из стремления к превосходству над всеми и совершенству (в детстве от трудоголика всегда что-то требовали и никогда не любили его таким, каким он был).

Р. Бурке (Burke, 2004), используя тест на работоголизм Спенса и Роббинса, выделил три группы работоголиков: аддиктов работы (Work Addicts), энтузиастов работы (Work Enthusiasts) и увлеченных аддиктов (Enthusiastic Addicts). Самые низкие показатели самооценки оказались у аддиктов работы.

Работоголизм связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых работают работоголики. Такая организация представляет собой закрытую систему, ограничивающую способность своих сотрудников к самостоятельному мышлению и восприятию многих явлений, выходящих за рамки концепции этой системы. В советские времена это выражалось в сверхценном отношении к количественным показателям работы, в бесконечных «выполнениях и перевыполнениях плана, встречных планах», в фиксации внимания на формальной стороне работы — разного вида отчетах, рапортах, показателях. Иными словами — в стремлении произвести благоприятное внешнее впечатление. Ад-диктивной системе присущи признаки отдельного человека-аддикта (Короленко, Дмитриева, 2000).

Развитию работоголизма способствует также система мелочного контроля, постоянных проверок эффективности, качества и т. д. Такого рода подходы основаны на недоверии к человеку, неуважении его личности и способствуют формированию работо-гольного мышления со сниженными возможностями истинной самореализации.

Работоголик оказывает влияние на других членов семьи, не получающих от него эмоциональной поддержки. Члены семьи либо видят в нем пример, либо не принимают и идут по пути более деструктивных аддикций. Дети работоголиков часто злоупотребляют ПАВ.

Вместе с тем следует учитывать, что работоголизм может стать «спасительной» аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Егоров, 2004; Hatcher, 1989).

20.2. Спортивная аддикция (аддикция упражнений)

В современной науке о спорте принято различать спорт для здоровья (то, что раньше называлось физической культурой) и спорт высших достижений (профессиональный). Кроме того, выделяют и т. н. экстремальные виды спорта, в наши дни завоевывающие все большую популярность. Именно спорт высших достижений и экстремальный спорт несут в себе наибольший аддиктивный потенциал.

В последние десятилетия в западной литературе появляются публикации, посвященные *аддикции упражнений.* Аддикция упражнений впервые была упомянута П. Бэкеланд (Baekeland, 1970), когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки на паттерны сна. В дальнейшем концепция аддикции упражнений была популяризирована и разрабатывалась М. Сакс и Д. Паргман (Sachs, Pargman, 1984), предложившими термин «аддикция бега» (running addiction). Авторы описали своеобразный синдром отмены, развивающийся при депривации бега: тревога, напряжение, раздражительность, мышечные подергивания и т. д. В обзоре, посвященном аддикции упражнений, М. Мерфи (Murphy, 1994) указывает на три психофизиологических объяснения возникновения аддикции упражнений: термогеническая гипотеза, катехоламиновая гипотеза и эндорфиновая гипотеза. Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и уменьшает соматическую тревогу. Катехоламиновая и эндорфиновая гипотезы находятся в русле современных воззрений на нейрофизиологическую и нейрофармакологическую природу возникновения всех химических зависимостей.

Помимо бега, в современной литературе приведены клинические случаи возникновения спортивной аддикции при занятиях разными видами спорта (Murphy, 1994; Griffiths, 1997), включая то, что мы называем спортом для здоровья (Kjelsas et al., 2003). В работе Е. Кьелсас с сотр. (Kjelsas et al., 2003) в результате использования специального опросника на аддикцию упражнений было показано, что у женщин существует прямая зависимость между количеством часов в неделю, уделяемых спорту, и риском развития зависимости.

Что касается занятий экстремальными видами спорта, то следует признать, что это возможный путь создания социально приемлемой формы зависимости при проведении профилактической и реабилитационной работы у детей и подростков с аддиктивным поведением (Егоров и др., 2001). Вместе с тем важно помнить, что спортивная аддикция, как и любая другая зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе и химическую. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов. Поэтому экстремальный спорт может быть признан альтернативой химической зависимости, но альтернативой, таящей в себе определенную опасность.

20.3. Аддикция отношений

Такая аддикция в чистом виде характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты отношений создают «группу по интересам». Члены этой группы постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями.

Следует отметить, что привязанность человека к определенной группе может перейти в аддикцию отношений. Реабилитационные терапевтические сообщества, работающие по программе «12 шагов», такие как АА (анонимные алкоголики), АН (анонимные наркоманы), АК (анонимные кокаинисты) и др., при всей безусловной пользе в плане воздержания от приема ПАВ, делают своих членов аддиктами общения в данном сообществе. Выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом. Жизнь, в том числе даже проведение досуга, отпуска, становится немыслимой без постоянного общения с себе подобными. Нечто похожее мы наблюдаем и в ряде реабилитационных центров, особенно религиозной направленности, вне которых бывшие химически зависимые прак-

тически не могут существовать. В таких центрах можно констатировать возникновение аддикции отношений наряду с религиозной аддикцией.

Высказанные мысли ничуть не умаляют необходимости проведения реабилитационных мероприятий с людьми, зависимыми от ПАВ. Это лишь еще одно напоминание, что «выздоровление» от химической зависимости очень часто сопровождается возникновением замещающей нехимической зависимости, в лучшем случае максимально социально приемлемой (Егоров, 2004).

20.4. Аддикция к трате денег (покупкам)

Хотя неконтролируемое влечение совершать покупки упоминалось еще в работах Э. Крепелина и Е. Блейера в конце XIX в., на современном этапе научный интерес к этой проблеме возник относительно недавно. Р. Фабер (Faber, 1992) предложил шкалу из семи пунктов для выявления данной аддикции. Аддикция к трате денег была описана и типизирована также в соответствии с диагностическими критериями DSM-III-R для обсессивно-компульсивного и аддиктивного расстройств в 1990-х гг. (McElroyetal., 1994, 1995). Авторы предложили четыре ее критерия, причем для диагностики достаточно наличия одного из них:

1) часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные;

2) регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось;

3) озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (например, долги или банкротство);

4) чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

Аддикция к трате денег проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом для аддиктов характерен широкий спектр негативных эмоций, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки. У этой категории аддиктов растут долги, возникают трудности во взаимоотношениях с семьей, могут быть проблемы с законом. Иногда аддикция реализуется через интернет-покупки, которые совершаются не в супермаркетах, а в виртуальных магазинах.

Р. Фабер (Faber, 1992; цит. по: Lejoyeux et al., 2002) сообщает, что этим видом аддикции страдают 1,1% населения, средний возраст людей с этой зависимостью составляет 39 лет. Аддикция к трате денег начинается обычно в возрасте 30 лет, ею страдают преимущественно женщины (92% из всех аддиктов). Считается, что аддикция к покупкам начинается в более молодые годы: средний возраст обследованных ими женщин составил 17,5 лет. Д. Блэк (Black, 1996) приводит данные, что эта аддикция встречается у 2-8% в общей популяции, из которых женщины составляют 80-95%.

Аддикция к трате денег часто сочетается с аффективными расстройствами (50%), химической зависимостью (45,8%), в том числе алкоголизмом (20%) и пищевыми аддикциями (20,8%). Высказывается предположение, что аддикция к трате денег может быть

включена в семейный и, возможно, генетический «клинический спектр» расстройств, куда относятся аддиктивные и аффективные нарушения (Lejoyeux etal., 2002). Подтверждением сказанного могут служить данные о том, что, в свою очередь, 8% больных депрессией сообщили об эпизодах неконтролируемой траты денег для совершения покупок, причем все эти больные оказались женщинами (Lejoyeux etal., 1995).

20.5. Религиозная аддикция

В последние годы проблема зависимости от религиозных организаций получила широкое распространение в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных структур, в том числе и тоталитарных религиозных сект. Хотя религиозная аддикция может развиться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потен-* циалом, безусловно, обладают секты, причем секты тоталитарные, применяющие разнообразные психотехники при вербовке неофитов и во время проведения религиозных ритуалов.

Большая часть людей попадает в секты в состоянии психологического кризиса, отчаянья. Секты используют именно это состояние, чтобы «помочь» человеку реализовать потребность заполнить душевный вакуум, снизить тревогу, обещая быстрое и окончательное решение вопросов. Секты стремятся к контролю. Посредником между Богом и членами общины выступает некий учитель, гуру, нередко наделенный практически неограниченной властью. Религиозную зависимость как раз и отличает устойчивая потребность переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника, учителя или старца, который должен установить регламент взаимоотношений с Богом: что читать, что есть, сколько спать. Иногда религиозная зависимость может скрываться за вполне притягательными для определенного типа людей формулировками: «отсечь свою волю»; «принести свою свободу в жертву Богу в лице наставника». Вряд ли человек без воли и без уверенности в собственной ценности способен на какой-либо значимый поступок. Но, попав в кризисную ситуацию, бывает, что он непрестанно ищет, кто бы ему «дал совет», кто бы решил за него его проблемы. По мнению Ц. П. Короленко и Т. В. Дмитриевой (2001), «сравнение изменений, происходящих в психике человека в результате его участия в секте, с изменениями, возникающими при аддикции, может проводиться и с количественной стороны, выражаясь в том и другом случае в стремлении человека получать все больше переживаний».

Таким образом, религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги, ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы. По мнению Ц. П. Короленко и Т. В. Дмитриевой (2001), аддикция к секте представляет большую опасность, чем пищевая или даже гемблинг, поскольку чаще вызывает психические нарушения шизофреноформного характера у религиозных аддиктов.

Вместе с тем нельзя отрицать, что религиозные сообщества оказывают существенную помощь при проведении реабилитационных программ с наркозависимыми. Как показывают зарубежные исследования, введение в реабилитационные программы алкоголиков и наркоманов тренингов, связанных с развитием духовности и воспитания религиозного чувства, положительно оценивается как самими пациентами, так и специалистами (Arnold et al., 2002; Cook, 2004). Опыт духовной реабилитации наркозависимых успешно применяется и в нехристианских конфессиях. Так, в Таиланде в буддийском монастыре Ват Тхамкрабок с 1957 г. проводится успешная программа реабилитации наркозависимых, где, помимо общеукрепляющих процедур, используются медитатив-

ные техники, а по окончании пациенты дают святой обет никогда не принимать наркотики в будущем. Эффективность реабилитации у прошедших программу составляет до 70% (Barrett, 1997).

Однако, на наш взгляд, следует различать реабилитационные программы, проводимые традиционными конфессиями и тоталитарными сектами. Нужно признать, что эффективность в плане отказа от употребления ПАВ в ряде сект выше, чем в традиционных христианских реабилитационных центрах. Скорее всего, это связано с тем, что, помимо аддикции общения и религиозной аддикции, формирующейся во всех религиозных реабилитационных центрах, в сектах, использующих разные психотехники, во время проведения богослужений у последователей возникает измененное состояние сознания. Химические аддикты, особенно наркоманы, в прошлом принимали ПАВ именно с целью изменения сознания, поэтому подобные «богослужения» вызывают у них мощное подкрепляющее действие, подобно наркотику. Все это повышает аддикцию к секте, проводящей подобное «лечение». Так, активно действующая в России тоталитарная секта «Сайентология», созданная Р. Хаббардом, имеет свою антинаркотическую программу «Нарконон», которая способствует устойчивому вовлечению в активные члены наркоманов, разочаровавшихся в традиционных методах лечения и реабилитации.

20.6. Другие нехимические аддикции

Ургентная аддщцпя. Проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства дискомфорта и отчаяния (Короленко, Дмитриева, 2000).

Зависимость от веселого автовождения (joy riding dependence, или синдром Тоада) описана Э. Макбрайдом (McBride, 2000) как вариант зависимого поведения у британских школьников, которые с середины 1990-х гг. в массовом порядке угоняли автомобили и мотоциклы с целью «веселого автовождения», получения удовольствия от риска и езды. Второе название — синдром Тоада—происходит от литературного персонажа м-ра Тоада из популярного среди молодежи романа К. Грэхэм «Ветер в ивовом лесу» (К. Grahame «The Wind in the Willows»). Тоад ведет асоциальный образ жизни, имеет особую привязанность к автомобилям и при этом личностно достаточно симпатичен. Э. Макбрайд провел анализ поведения Тоада с точки зрения аддиктологии и пришел к выводу, что подростки, повторяющие его поведение, — это аддикты, а синдром Тоада представляет собой разновидность технологических аддикции, поскольку автомобиль относится к достижениям высоких технологий XX в. По нашему мнению, синдром Тоада представляет собой реализацию подростковой поведенческой реакции имитации, а не собственно аддикцию. Аддиктивный компонент синдрома Тоада может быть рассмотрен как вариант спортивной аддикции (увлечение экстремальным спортом).

Духовный поиск. Эта форма нехимической аддикции была описана В. В. Постновым и В. А. Деречей (2004) на основании наблюдений за 9 больными алкоголизмом, находившимися в ремиссии и в процессе психотерапевтических занятий пытавшимися освоить различные духовные практики. При этом никто из больных не связывал эти занятия с реабилитационной программой, считая свои проблемы с алкоголизмом «уже решенными». Все больные до алкогольного срыва успели по нескольку раз поменять направление «духовных поисков». Еще одной особенностью этих больных был неизбежный срыв ремиссии после этапа выраженных расстройств адаптации в виде нарастания межличностных конфликтов, нервозности, раздражительности и вспышек немотивированной агрессии.

Направления духовного поиска были самые различные: участие в группах личностного роста, голотропное дыхание, телесно ориентированная терапия, группы встреч, эзотерические и религиозные знания.

На наш взгляд, духовный поиск является вариантом, иногда сочетанием религиозной аддикции и аддикции отношений, и вряд ли должен выделяться как самостоятельная форма аддиктивного поведения. Альтернативным может быть предложение называть «духовным поиском» все варианты аддиктивного поведения, связанного с духовным ростом и самосовершенствованием. В этом плане он будет перекликаться с различными формами фанатизма.

Состояние перманентной войны. Эта форма аддиктивного поведения была описана теми же авторами (Постнов и др., 2004) у больных алкоголизмом ветеранов боевых действий, находившихся в состоянии ремиссии. Будучи в ремиссии, эти лица стремились к созданию опасных ситуаций, неоправданному риску: «Хотелось встряхнуться, давно не воевал». В этих ситуациях больные нередко совершали асоциальные и криминальные действия. Состояние перманентной войны, на наш взгляд, по своему генезу близко к аддиктивному занятию экстремальными видами спорта и, безусловно, является вариантом саморазрушающего поведения (см.: Личко, Попов, 1990).

20.7. Технологические аддикции

Для обозначения новых форм нехимических (поведенческих) аддикции, связанных с высокими технологиями, М. Гриффите (Griffiths, 1995) предложил термин «технологические зависимости», которые разделил на пассивные (например, зависимость от телевизора) и активные (интернет-игры). В последующем сюда добавились зависимости от различных электронных приборов (электронных ежедневников, игрушек типа тамагочи, и особенно мобильных телефонов), обозначаемые в западной литературе как гаджет-аддикции (от англ. gadjet — безделушка, техническая новинка).

Мы полагаем, что выделение в отдельную группу технологических аддикции оправдано по той причине, что, несмотря на широкое распространение, все они с точки зрения аддиктологии спорны в плане феноменологической самостоятельности. Особенность технологических аддикции, на наш взгляд, заключается в том, что объект зависимости (компьютер, мобильный телефон) на самом деле является предметом зависимости, средством реализации других поведенческих форм зависимого поведения. Ниже мы постараемся обосновать эту точку зрения.

20.7.1. Интернет-зависимости

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета как в профессиональной, так и обыденной жизни десятков миллионов людей. Через Интернет делаются покупки, происходит общение, берется информация обо всех аспектах жизни, реализуются сексуальные и игровые пристрастия и многое другое. Как справедливо замечают израильские психологи Y. Amichai-Hamburger и E. Ben-Artzi (2003), «кажется, нет такого аспекта в жизни, который не затронул бы Интернет».

В связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» российского общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета, за рубежом возникшая еще в конце 1980-х гг. Речь идет о т. н. интернет-зависимости (синонимы: интернет-аддикция, нетаголизм, виртуальная аддикция, интернет-поведенческая зависимость, избыточное/патологическое применение Интернета).

Первыми с интернет-зависимостью столкнулись врачи-психотерапевты, а также компании, использующие в своей деятельности Интернет и несущие убытки в случае, если у сотрудников появляется патологическое влечение к пребыванию в сети он-лайн. Родоначальниками психологического изучения феноменов зависимости от Интернета могут считаться два американца: клинический психолог К. Янг и психиатр И. Гольдберг. В 1994 г. К. Янг (Young, 2000) разработала и поместила на веб-сайте специальный опросник. В результате были получены почти 500 заполненных анкет, около 400 из которых были отправлены, согласно выбранному ею критерию, аддиктами. В середине 1990-х гг. для обозначения этого явления I. Goldberg (1996) предложил термин «интернет-аддикция», а также набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, построенный на основе признаков патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга).

М. Орзак (Orzack, 1998) выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для интернет-зависимости:

Психологические симптомы:

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- невозможность остановиться;
- увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- пренебрежение семьей и друзьями;
- ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером;
- ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности;
- проблемы с работой или учебой.

Физические симптомы:

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
- сухость в глазах;
- головные боли по типу мигрени;
- боли в спине;
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна.

Согласно исследованиям К. Янг (Young, 1998), опасными сигналами (предвестниками интернет-зависимости) являются:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту;
- предвкушение следующего сеанса он-лайн;
- увеличение времени, проводимого он-лайн;
- увеличение количества денег, расходуемых на интернет.

Признаками наступившей интернет-аддикции, по мнению К. Янг (2000), служат следующие критерии:

- всепоглощенность Интернетом;
- потребность проводить в сети все больше и больше времени;
- повторные попытки уменьшить использование Интернета;
- при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;
- проблемы контроля времени;
- проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья);
- ложь по поводу времени, проведенного в сети;
- изменение настроения посредством использования Интернета.

Распространенность этого расстройства составляет от 1 до 5% населения (Griffits, 2000; Young, 1998), причем более подвержены ему гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. По данным корейских исследователей, среди старших школьников возможная интернет-аддикция регистрируется у 38% (Kim et al., 2005). Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета (www.monitoring.ru), в России с 1992 по 2004 г. удельный вес подростков увеличился с 2 до 25%, т. е. подростки становятся все более активными пользователями сети, в связи с чем и увеличиваются случаи интернет-аддикции среди молодежи.

В пилотажном исследовании, проведенном К. Янг и Р. Роджерс (Young, Rodgers. 1998), 259 человек, из них 130 мужчин (средний возраст—31 год)и 129 женщин (средний возраст— 33 года), заполнили в он-лайновом режиме 16-факторный личностный опросник (16PF) Р. Кеттела и составленный Янг опросник интернет-зависимости. В соответствии с полученными данными аддикты характеризовались как обладающие высоким уровнем абстрактного мышления и уверенные в себе индивидуалисты, чувствительные и эмоционально реагирующие на других людей, настороженные и не проявляющие конформного поведения. Как утверждают исследователи, будучи индивидуалистами, аддикты легко адаптируются к длительным периодам относительной изоляции и способны довольствоваться лишь опосредованными контактами с другими людьми; некоторые из них склонны гипертрофированно (резко негативно или, наоборот, с пылким одобрением) реагировать на слова удаленных собеседников — с таким накалом эмоций, который не поощряется или табуируется в более традиционных формах общения («лицом к лицу»),

М. Шоттон (Shotton, 1989) разработала типологию зависимости от компьютера, включив туда три разновидности такой зависимости. Во-первых, это *«сетевики»* (networkers): они оптимистичны, в наибольшей степени — сравнительно с другими типами зависимости — социально активны и позитивно настроены к другим людям, имеют друзей, в том числе противоположного пола, поддерживают нормальные отношения с родителями. Компьютер для них — нечто вроде хобби: они могут интересоваться поиском в удаленных базах данных или, к примеру, играть в ролевые групповые игры типа MUD, однако при этом они меньше, чем другие выделенные типы зависимых от компьютеров людей, самостоятельно программируют, в меньшей степени интересуются приложениями, в частности компьютерной графикой или аппаратным обеспечением.

Во-вторых, это *«рабочие»* (workers) — самая малочисленная группа. Они владеют наиболее современными и дорогими компьютерами. Процесс программирования у них четко спланирован, программы пишутся ими для достижения нужного результата. Как правило, представители этой группы прекрасно учились или учатся, причем их не удовлетворяет стандартная программа обучения, и они посещают дополнительные учебные курсы. Для них характерна весьма строгая «рабочая этика»: например, неприемлем всякий род «компьютерного пиратства».

В-третьих, это *«исследователи»* (explorers) — самая многочисленная группа. Для них программирование сродни интеллектуальному вызову и одновременно развлечению. Они пишут сверхсложные программы, зачастую даже не доводя их до конца и принимаясь за новые, еще более сложные. Представители этой группы с удовольствием занимаются отладкой программ; компьютерное пиратство и хакерство они приемлют, полагая их «честной игрой» против других программистов (разработчиков программ) и/или администраторов вычислительных систем. С формальной стороны уровень образования у них ниже, чем, скажем, у «рабочих», при этом они не только не отстают от имеющих более весомые дипломы коллег, но и зачастую превосходят их объемом знаний. Амбиций также немного: ни высокие должности, ни большие оклады не играют для

них главенствующей роли. Таким образом, к социальным критериям жизненного преуспевания они довольно равнодушны. Для «исследователей» компьютер — своего рода партнер и друг, он одушевлен, с ним проще взаимодействовать, нежели с людьми.

Среди интернет-зависимых отмечается более высокий уровень аффективных нарушений с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut et al., 1998; Shapira et al., 2000), а также маскированной депрессии в рамках малопрогредиентной шизофрении (Джолдыгулов и др., 2005). Корейские исследователи обнаружили у старших школьников с интернет-аддикцией более частую депрессию с повышенным риском суицида (Kim et al., 2005). Изучая личностные особенности с помощью опросника Айзенка у интернет-зависимых, Y. Hamburger и E. Ben-Artzi (2000) обнаружили, что интроверты и эктраверты используют разные ресурсы Интернета. При этом у мужчин экстраверсия положительно коррелирует с использованием Интернета «для развлечения», а нейротизм отрицательно связан с использованием информационных сайтов. У женщин экстраверсия негативно, а нейротизм — положительно коррелировали с использованием информационных ресурсов Интернета. Позже те же авторы установили, что для интернет-аддиктов преимущественно женского пола характерно ощущение одиночества, которое они стараются снизить, проводя время за общением в чатах (Amichai-Hamburger, Ben-Artzi, 2003). Американский исследователь S. Caplan (2002) выделяет следующие особенности личности интернет-зависимых лиц: депрессия, одиночество, скромность и самолюбие.

Обобщив результаты разных исследований, Н. В. Чудова (2002) приводит следующий список черт интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); трудности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности.

Исследование личностных особенностей 75 молодых лиц мужского пола с признаками интернет-зависимости, проведенное А. Ю. Егоровым с коллегами (Егоров и др., 2005), показало, что по тесту личностных акцентуаций В. Дворщенко среди интернет-зависимых преобладают подростки с шизоидным (29,8%), истероидным (19,3%), лабильным и эпилептоидным (по 12,3%) типами акцентуации. Реже встречались неустойчивые и психастенические акцентуанты (по 7%) и в единичных случаях — астено-невротические (5,3%) и гипертимные (3,5%). В контрольной группе (здоровые испытуемые) преобладали гипертимные (22,2%), циклоидные (19,4%), психастенические (16,7%) и сензитивные (13,8%) типы акцентуации личности. В отличие от группы аддиктов, истероидные (11,1 %), эпилептоидные (8,3%) и шизоидные (5,6%) типы акцентуаций встречались достоверно реже. Среди интернет-аддиктов достоверно чаще присутствовал риск возможных личностных расстройств (психопатии) и социальной дезадаптации. У обследованных интернет-аддиктов риск алкоголизации оказался в 7 раз выше, чем в контроле, а выраженный и умеренный риск наркотизации — выше в 6,8 раза.

Относительное преобладание шизоидных акцентуантов среди интернет-аддиктов, по всей видимости, связано с особенностями деятельности в сети: это определенный уход от реальности, что свойственно шизоидам. Неожиданным может показаться достаточно большое число лиц с истероидной акцентуацией, которые, по идее, должны стремиться к постоянному нахождению «на виду», где они могли бы проявлять свои демонстратив-

ные черты. Мы полагаем, что это та часть истероидных подростков, чьи потребности фрустрированы в реальном мире, и они стремятся к реализации свих истероидных черт в виртуальном мире (например, это может быть знакомство и общение в чатах, имеющее относительно истероидов элементы псевдологии). С фрустрацией потребностей в реальном мире связана и описанная корейскими исследователями т. н. аддикция к перевоплощению в киберпространстве, в последние годы отмечающаяся среди подростков (Lee, Shin, 2004).

В плане особенностей характера интернет-аддикты отличаются и от подростков с химической зависимостью. У последних преобладают гипертимные, неустойчивые, эпилептоидые и истероидные типы акцентуаций и крайне редки шизоиды (Личко, Битенский, 1991; Егоров, 2003). Вместе с тем повышенная склонность к алкоголизации и наркотизации, обнаруженная у интернет-аддиктов, свидетельствует о наличии общих психологических черту лиц, склонных к разным формам аддиктивного поведения.

Исследование сферы потребностей с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла показало, что в контрольной и экспериментальной группах четко прослеживается качественное различие потребностей молодых людей в общении. В контрольной группе выявилось преобладание «компанейского» вида общения. Среди интернет-аддиктов оказалось, что подростки, имея высокую, доминирующую потребность в общении близком, «по душам» (высокие показатели по фактору А и Q2), при этом не имеют достаточной социальной смелости (фактор Н) для установления отношений с окружающими людьми в реальном мире. Интернет-аддикты низко адаптивны и застенчивы, что мешает им искать близких себе людей и налаживать тесные доверительные взаимоотношения как со сверстниками, так и с взрослыми. Возможно, удовлетворение их потребностей в поддержке, одобрении, общении смещается из рамок повседневной жизни в жизнь виртуальную. В целом подростки с аддикцией имеют фрустрированную потребность в общении, что им заменяет Интернет.

Самооценка интернет-аддиктов оказалась существенно ниже, чем в контрольной группе (40,1 против адекватной 62,6, по методике Дембо—Рубинштейн). Известно, что за такой низкой самооценкой могут скрываться два психологических аспекта: подлинная неуверенность в себе (являющаяся зачастую чувством неполноценности) и «защитная», когда декларирование самому себе собственного неумения, отсутствия способностей и т. п. позволяет не прилагать никаких усилий, в данном случае, к адаптации «себя-взрослеющего» к новым социальным условиям.

Самоотношение исследовалось с помощью теста «Самоотношение» В. Столина и С. Патилеева (1993), позволяющего выявить три уровня самоотношений, различающихся по степени обобщенности: 1) глобальное самоотношение как интегральное чувство «за» или «против» своего «Я»; 2) самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; 3) уровень конкретных действий (готовности к ним) в отношении к своему «Я» (саморуководство, самопоследовательность, самопринятие). Обнаружено, что: 1) существуют значимые различия в выраженности интегрального чувства «за»/«против» своего «Я» между интернет-зависимыми и интернет-независимыми подростками. Показатели интернет-зависимых подростков более низкие, чем у интернет-независимых; 2) обнаружены значимые различия по самоинтересу как модальности самоотношения между интернет-зависимыми и интернет-независимыми подростками. Самоинтерес у интернет-зависимых подростков менее выражен, чем у интернет-независимых; 3) между интернет-зависимыми и интернет-независимыми подростками выявлены статистически значимые различия в выраженности самообвинения как уровня конкретных действий по от-

ношению к себе. У интернет-зависимых более высокие показатели по шкале самообвинения, в отличие от интернет-независимых подростков; 4) отмечены значимые различия между группами по выраженности самоинтереса как уровня конкретных действий по отношению к себе. У интернет-независимых подростков этот уровень значительно выраженнее, чем у интернет-зависимых.

Корреляционный анализ данных выявил следующие особенности самоотношения у интернет-зависимых подростков:

- отсутствие корреляционных связей интегрального чувства по отношению к своему «Я» с остальными факторами самоотношения;
- отсутствие значимых связей с факторами самопонимания и самоинтереса;
- факторы самопринятия, ожидания положительного отношения других, самоуверенности, аутосимпатии и обращенности на внимание окружающих имеют большое функциональное значение в системе самоотношения у интернет-зависимых подростков, однако единым системообразующим фактором самоотношение данной группы не обладает;
- ведущий уровень в оценке себя — эмоциональный;
- ведущий уровень конкретных действий — самопринятие.

Можно предположить, что для интернет-зависимого такое измененное самовосприятие желаемо и одобряется им и виртуальным сообществом, с которым он активно взаимодействует. Соответственно, с помощью Интернета реализуется уход от себя настоящего (Егоров и др., 2005).

У интернет-зависимых людей проявляются скрытые формы и других аддикции: сексуальная аддикция переходит в «киберсекс»; коммуникативные зависимости, такие как псевдология, крусодерство (Менделевич, 2003) проявляются в «кибернет-отношениях»; пристрастия к азартным играм находят выход в своеобразном интернет-гемблинге. Д. Гринфилд (Greenfield, 1999) подчеркивает, что зависимости от Интернета очень часто (в 20% случаев, по его данным) сопутствует сексуальная аддикция. Экран монитора, пишет он, действует гипнотически и вводит пользователей в трансоподобные состояния, отчего, скажем, любовные послания приобретают особую эффективность: побочным эффектом является фиксация зависимости от Интернета.

К. Янг (Young, 1998) охарактеризовала пять основных типов интернет-зависимости:

1) обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности);

2) компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных;

3) патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, он-лайновым аукционам или электронным покупкам;

4) зависимость от социальных применений Интернета, т. е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными;

5) зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

M. Griffiths (1998) выдвинул гипотезу, что интернет-аддикция может формироваться на базе различных форм использования Интернета: возможного средства коммуникации при отсутствии контакта лицом к лицу, интереса к непосредственному содержанию сайта (например, порносайты), он-лайновой социальной активности (например, общение в чатах или игры с участием нескольких человек). Полемизируя с К. Янг, M. Griffiths (1999) утверждает, что многие интенсивные пользователи Интернета не являются собственно интернет-аддиктами, а используют сеть для реализации других аддикции. В отли-

17 Зак. 3806

чие от М. Гриффитса, J. Kandell (1998) определил интернет-аддикцию как патологическую зависимость от Интернета вне связи с формой активности в сети.

Расширяя дефиниции интернет-аддикции, предложенные К. Яш; R. Davis (2001) предложил когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета. Он выделил две формы интернет-аддикции, которые обозначил как специфическое патологическое использование Интернета (Specific Pathological Internet Use) и генерализованное патологическое использование Интернета (Generalized Pathological Internet Use). Первая форма представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (он-лайновые сексуальные службы, он-лайновые аукционы, он-лайновая продажа акций, он-лайновый гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, она также может быть реализована и вне Интернета. Вторая форма представляет собой неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели (общение в чатах, зависимость от электронной почты), т. е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета.

Соглашаясь с К. Янг о неоднозначности феномена интернет-аддикции и поддерживая точку зрения М. Гриффитса, мы считаем, что зависимость от Интернета представляет собой сборную группу разных поведенческих зависимостей, где компьютер — лишь средство их реализации, а не объект. Таким образом, мы считаем возможным выделить следующие типы интернет-зависимых людей:

интернет-гемблеры пользуются разнообразными интернет-играми, тотализаторами, аукционами, лотереями и т. д.;

интернет-трудоголики реализуют свой работоголизм посредством сети (поиск баз данных, составление программ и т. д.);

интернет-сексоголики посещают разнообразные порносайты, занимаются виртуальным сексом;

интернет-эротоголики — любовные аддикты, которые знакомятся, заводят романы посредством сети;

интернет-покупатели, реализующие аддикцию к трате денег посредством бесконечных покупок он-лайн;

интернет-аддикты отношений часами общаются в чатах, бесконечно проверяют электронную почту и т. д., т. е. заменяют реальную аддикцию отношений на виртуальную.

Как и другие химические и нехимические аддикции, разные формы интернет-зависимости могут переходить одна в другую и сосуществовать в различных комбинациях.

Следует выделить еще один важный аспект, связанный с интернет-аддикцией и влияющий на становление иных форм девиантного поведения. Это серьезные опасности, с которыми дети и подростки могут встретиться, непосредственно находясь в режиме он-лайн:

- эксплуатация доверия к детям: их могут соблазнить на совершение непристойных действий;
- доступ к порнографии: дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в сети. Программное обеспечение, ограничивающее доступ детей в такие сайты, не всегда срабатывает, а часто вообще отсутствует, его может не быть в школе, в библиотеке;
- неподходящие контент-сайты с деструктивным содержанием, например с инструкциями по изготовлению бомбы или наркотических веществ. Родителям следует интересоваться сайтами, которые посещают дети, и быть внимательными к любым изменениям поведения ребенка;

• увлечение играми типа DOOM, QUAKE, сетевыми играми с насилием повышает агрессивность детей. Родителям надо знать, в какие игры играет ребенок, быть готовыми предложить конструктивную альтернативу. Совершенно очевидно, что с ростом компьютеризации в странах СНГ будет неуклонно увеличиваться число и интернет-аддиктов, особенно среди молодежи.

20.7.2. Зависимость от мобильных телефонов (SMS-аддикция)

Мобильные телефоны в последнее десятилетие стали повседневным атрибутом нашей жизни. В крупнейших городах России (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Самара, Казань и др.) число зарегистрированных номеров мобильных телефонов уже превысило или приближается к числу абонентов городской телефонной сети. Наряду с новыми моделями пользователям предлагаются и новые функции мобильных телефонов, помимо непосредственного разговора — почта, фото- и видеосъемка, игры и т. д.

Наибольшую популярность, особенно среди молодежи, завоевала возможность SMS-сообщений, когда абоненты могут обмениваться между собой недорогими, сравнительно короткими сообщениями. Так, согласно последним японским исследованиям, токийские школьники используют мобильные телефоны чаще для отправки сообщений, нежели для разговора. Эти же школьники утверждали, что мобильный телефон необходим им «для дружеских контактов» и они «не мыслят своей жизни без собственного мобильного телефона» (Kamibeppu, Sugiura, 2005).

SMS-зависимость характеризуется потребностью в общении посредством мобильных сообщений, число которых в течение суток может составлять несколько десятков. Общение с помощью SMS предпочитается и заменяет реальное общение, в том числе и в рамках любовных отношений. Для скорости написания сообщения нередко используется понятный пользователям жаргон, в основном состоящий из аббревиатур и сокращений слов и выражений. В отсутствии сообщений аддикт испытывает тревогу, раздражительность, у него снижается настроение. Имеются описания симптома т. н. «SMS-пальца», когда у аддикта в результате длительного использования клавиатуры мобильного телефона отмечаются боли в суставе, воспаление и гипертрофия мышц пальца, нажимающего на кнопки.

Исследовав патологических пользователей мобильных телефонов, австралийские исследователи А. Бьянчи и Дж. Филипс (Bianchi, Phillips, 2005) обнаружили, что это преимущественно молодые люди, экстраверты с пониженной самооценкой.

В последние несколько лет в России аддикция к мобильным телефонам или SMS-зависимость стала предметом широкого обсуждения в СМИ, включая Интернет. К сожалению, профессиональных исследований этого феномена пока не проводилось. В популярных статьях в лучшем случае содержатся упоминания западных публикаций (хотя в зарубежной научной печати их единицы), а в худшем — полупрофессиональные рассуждения о «мобильной наркомании» и ее последствиях. Очевидно, серьезные клинико-психологические исследования данного феномена еще впереди.

Создается впечатление, что, как и в случае с интернет-аддикциями, при SMS-зависимости мы сталкиваемся с характерным для всех технологических аддикции феноменом: мобильный телефон является не объектом, а средством реализации других форм аддиктивного поведения. Посредством передачи сообщений могут реализовываться любовная аддикция и аддикция отношений.

20.8. Любовная аддикция

По мнению Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой (2000), существуют три вида аддикций отношений —любовные, сексуальные и избегания, соприкасающиеся друг с другом. У них общие предпосылки возникновения: проблемы с самооценкой, неспособность любить себя, трудности в установлении функциональных границ между собой и другими. Поскольку такие лица не могут установить границы своего «Я», у них отсутствует способность к реальной оценке окружающих. Для этих людей существуют проблемы контроля: они позволяют контролировать себя или пытаются контролировать других. Характерны навязчивость в поведении, в эмоциях, тревожность, неуверенность в себе, импульсивность действий и поступков, проблемы с духовностью, трудность в выражении интимных чувств.

Любовная аддикция — это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они получили название *соаддиктивных* или *созависимых.* Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность как в положительном, так и в отрицательном смысле. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т. д. (Короленко, Дмитриева, 2000).

Идея о том, что любовные отношения также могут носить аддиктивный характер, была высказана четверть века назад (Simon, 1982). Как отмечает Т. Тиммрек (Timmreck, 1990), термин «любовная аддикция» применим к лицам, навязчиво добивающимся восстановления прежнего, доставляющего удовольствие уровня отношений с бывшим объектом любви. Дисфункциональные эмоциональные состояния, такие как недоверие, чувство отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, ощущение неудачи, потери и масса других отрицательных эмоций и вслед за этим множество саморазрушающих моделей поведения возникают в эмоционально раненом любовном аддикте. На отсутствие настоящей интимности в отношениях при любовной аддикций указывает Е. Нельсон с коллегами (Nelson et a!., 1994). Вместе с тем среди психотерапевтов преимущественно аналитического направления высказываются сомнения в существовании любовной (и даже сексуальной) аддикций как собственно аддиктивного феномена (Усков, 2000).

По данным зарубежных исследователей, переживания «страстной», «роковой» и «неразделенной» любви в той или иной мере знакомы 62-75% взрослых людей (цит. по: Хмарук, 2005). Несмотря на такую высокую распространенность любовных аддикций, они пока не стали объектом широких научных исследований.

По мнению И. Н. Хмарука (2005), значимость проблематики любовных (эротических) аддикций заключается в том, что они:

- поражают преимущественно лиц молодого возраста;
- приводят к быстрой десоциализации этих людей, что заканчивается значительным прямым и косвенным экономическим ущербом для каждого из них, их семей и общества в целом;
- повышают уровень аутодеструктивного и аутоагрессивного поведения у аддиктов;
- повышают уровень суицидального риска;
- повышают криминализацию и виктимизацию пациентов;
- способствуют большому количеству коморбидных расстройств;

Кроме того, на настоящий момент отсутствует единое понимание природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике данного расстройства.

В последнее десятилетие в зарубежной литературе описывается новый вариант любовной аддикции — сталкерство (stalking). Оно объединяет элементы поведения, включающие повторные и продолжающиеся попытки навязать другому человеку нежелаемое знакомство и/или контакт. Знакомство и общение может осуществляться по телефону, в письмах, с помощью электронной почты, граффити; контакт происходит при приближении к жертве, во время ее сопровождения и постоянной слежки (Mullen et al,, 1999). Сталкерство — в значительной степени культуральный феномен, распространенный преимущественно в западной цивилизации, оно несет реальную угрозу жертвам этого явления (Mullen et al., 2005). М. Зона и его коллеги (Zona et a!., 1993) выделили три группы сталкеров: эротоманы (сексуальные аддикты), невротики-ананкасты и сталкеры с навязчивой любовью (любовные аддикты). В свою очередь, П. Мюллен с сотрудниками (Mullen et al., 1999) выделил пять групп сталкеров, различающихся по мотивам сталкерства: отвергнутые, ищущие интимность, социально отвергнутые, обиженные и хищники. Угрожают своим жертвам и портят их имущество чаще обиженные сталкеры, а на прямое нападение чаще идут отвергнутые и хищники. Сталкерство распространено и среди женщин, причем их мотивация при этом отличается от мотивации сталкеров-мужчин. Наиболее типично для женщин-сталкеров стремление добиться максимальной интимности от жертвы, которую они ранее знали. При этом такая женщина играет роль профессионального «спасителя» (Purcell et al., 2001). На данный момент феномен сталкерства в России научно не исследовался.

Нередко объектом сталкеров становятся врачи, в,первую очередь психиатры и психотерапевты. По мнению австралийских исследователей, они интересуют две группы сталкеров: I) пациенты, культивирующие в себе романтические или инфантилные ожидания, приводящие их к надеждам на установление отношений. Эти надежды могут усилиться на основе бредовых убеждений (эротоманический бред), а также необоснованных предположений, что доктор «одинок и доведен до отчаянья», либо нереалистических ожиданий возможности быть просто поклонником; 2) пациенты, культивирующие в себе возмущение против профессионалов-врачей, обычно основанное на предполагаемом ятрогенном нанесении вреда или преступной халатности (Pathe et al., 2002).

Любовные (эротические) аддикции рассматриваются как форма болезни нехимически зависимого поведения и соответствуют таксону F63.8 МКБ-10. Другие расстройства привычек и влечений (Хмарук, Степанова, 2005). Для любовных аддикции, как и для других форм зависимого поведения, характерны следующие клинические проявления:

- трудноконтролируемая тяга к повторному совершению поведенческих актов;
- сниженная способность контролировать эти действия по ходу эпизода;
- отсутствие ясной рационализации мотивов этих действий, причиняющих психологический, социальный и правовой ущерб как самому пациенту, так и его окружению;
- поглощенность реализацией аномального влечения.

Признаки любовных аддикции, приведенные Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой (2000), заключаются в следующем:

1. Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от чего чрезвычайно трудно освободиться.

2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.

3. Любовный аддикт забывает себя, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношение к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в их центре страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, присутствующий на уровне сознания, — это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, и он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Признаки *аддикции избегания:*

1. Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любовным аддиктом). Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любовным аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любовным аддиктом: они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.

2. Стремление к избеганию интимного контакта с использованием техник психологического дистанцирования. На уровне сознания у аддикта избегания находится страх интимности. Аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем. На подсознательном уровне это страх покинутости. Он приводит к желанию восстановить отношения, но держать их на дистантном уровне.

Процесс аддикции позволяет выделить в нем несколько этапов:

1. Период, когда интенсивные эмоциональные переживания будут иметь положительный знак. Этап знакомства аддиктов: аддикт избегания производит впечатление на любовного аддикта.

2. Развитие фантазирования. Происходит связь ранее имевшихся фантазий с реальным объектом, что несет радость и чувство освобождения от неприятных ощущений жизни как неинтересной и серой. Любовный аддикт на пике фантазирования проявляет все большую требовательность к партнеру, что способствует уходу аддикта избегания от этих отношений.

3. Развитие осознания того, что в отношениях не все в порядке. На каком-то этапе любовному аддикту приходится признать, что его покидают. Возникают явления отнятия с характерными для них депрессией, дистимией и безразличием. Начинается анализ произошедшего с целью вернуть все назад. Отношения разрушаются, но в будущем могут быть восстановлены либо с прежним, либо с другим партнером.

В отношениях аддиктов отсутствуют здоровые разграничения, без чего невозможна ни интимность между партнерами, ни признание права на собственную жизнь. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения и оскорбления.

Вместе с тем любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие «знакомых» психологических черт. Несмотря на то что привлекающие черты другого могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, они привычны с детства и напоминают ситуацию переживаний в нежном возрасте. Возникает влечение к знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктами. Последние кажутся им скучными, непривлекательными; они не знают, как себя с ними вести.

Существуют факторы, способствующие влечению любовных аддиктов к аддиктам избегания:

- привлекательность того, что знакомо;
- привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что «раны детства» могут быть излечены на новом уровне;
- привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

По мнению И. Н. Хмарука(2005), факторами, способствующими провоцированию любовных (эротических) аддикций, являются: утрата объекта эротической привязанности (реальная или мнимая), потеря уверенности в позитивном отношении с его стороны, угроза расставания на фоне нарастающего конфликтного взаимодействия либо ситуация «любовного треугольника».

Мотивы обращения за психологической и психотерапевтической помощью лиц с признаками любовной аддикций в ситуации кризиса эмоционально-значимых отношений, по наблюдению И. Н. Хмарука и Ю. С. Степановой (2005), таковы:

1) потребность в эмпатической поддержке, принятии («желание поговорить, выплакаться, выговориться» как результат острой реакции на стресс);

2) желание найти одобрение (либо оправдание) своего поведения у врача-психотерапевта или консультанта-психолога;

3) желание найти поддержку в осуждении «недостойного (плохого)» поведения партнера;

4) желание получить «психологический анализ» причин поведения партнера с целью «повлиять на него» («сделать так, чтобы он (она) понял»);

5) потребность разобраться в истинных причинах происшедшего с целью найти способы конструктивного разрешения сложившейся ситуации.

Рассмотрение любовных аддикций («патологической любви») как одной из нехимических форм аддиктивного поведения открывает новые перспективы изучения этого сложного феномена и терапевтических возможностей с позиций аддиктологии.

ГЛАВА 21

КОММУНИКАТИВНЫЕ ЗАВИСИМОСТИ

21.1. Коммуникативные зависимости

Считается, что человек при помощи разнообразных коммуникативных средств в рамках девиаций стремится «бежать от свободы» (по Э. Фромму, 1990). В одних случаях бегство приводит к аутистическому паттерну поведения, в других— к гиперобщительности, в третьих — к конформизму и т. д. Сутью бегства от свободы и становления отклонений в поведении является осознанное или неосознанное стремление уклониться от конструктивного анализа и переживания основополагающих экзистенциальных ценностей, базисных проблем существования индивида с целью избежать тревоги, страха и неопределенности. И. Ялом (1998) причисляет к таким базисным проблемам страх смерти, осознание необходимости и возможности свободы, следовательно, и ответственности, а также смысл существования и единения/изоляции.

Коммуникативные девиации позволяют человеку не решать экзистенциальные проблемы, а существовать вне их. Выбор одного из аномальных (аддиктивных) способов взаимоотношения с окружающим миром как бы автоматически снимает необходимость предпринимать какие-либо усилия по устранению экзистенциальной тревоги. По Ж. Сартру, человек полностью ответственен не только за свои действия, но и за свою неспособность действовать. Можно утверждать, что выбор того или иного девиантного стиля коммуникативного поведения опосредован желаниями, стремлениями и потребностями индивида, чаще осознаваемыми, чем неосознаваемыми. В равной степени и аутизация в виде необщительности и нелюдимости (отрешение от мира), и гиперобщительность— это способы преодоления экзистенциальной тревоги.

Конформистское поведение проявляется в склонности приспосабливаться к любому окружению, к любым точкам зрения и любому мировоззрению, жить не собственными интересами, а схемами, придуманными в обществе, игнорировать собственное мнение или не иметь своего взгляда на происходящие события. Конформист — это человек без свойств. Основная его способность — быть незаметным, «как все», не проявлять никаких реакций, отличающихся от общепринятых и традиционных, полная подчиняемость без внутренней борьбы. Удовлетворение такому индивиду приносит попадание в резонанс с общими интересами, привычками, навыками. Он склонен использовать поведенческие и речевые штампы: одеваться по форме, трафаретно говорить, применяя, к примеру, бюрократический язык.

Особой разновидностью коммуникативных девиаций считается поведение, когда человек руководствуется *псевдологией.* При данной форме отклоняющегося поведения индивид склонен активно и часто использовать ложные (неправдивые) высказывания. Он лжет не ради получения какой-либо выгоды, а с целью привлечения к собственной персоне внимания или для провоцирования окружающих. Псевдологическое поведение

носит аддиктивный или патохарактерологический оттенок. Выгода для такого индивида заключается в изменении своего психологического состояния (получение удовлетворения от признания и привлечения внимания, радости от введение в заблуждение или запутывания собеседника, успокоения от причинения партнеру вреда).

К коммуникативным аддикциям относится крусадерство или идеологический авантюризм, характеризующийся чрезмерной склонностью выискивать для себя эффектные и важные предприятия, чтобы затем погрузиться в них с головой (С. Мадди). Такие индивиды хватаются за любой повод, чтобы «выйти на улицу», стать сторонником какого-нибудь социального движения и активно участвовать в деятельности общественных организаций. Считается, что крусадерство базируется на обостренном чувстве бессмысленности существования, которое притупляет погружение человека в активную деятельность («ложное центрирование» по Д. Пайку).

К нередко встречающимся коммуникативным девиациям относится нигилизм. Его отличительная черта — активная, всепроникающая склонность дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других (Ялом, 1998). Такой человек склонен подвергать критике с позиции постижения смысла любые поступки и устремления окружающих. Для него характерна «идеологическая пассивность», маскирующаяся под глубинный экзистенциальный анализ. При нигилистическом поведении индивид часто отказывается от любой деятельности, рекламируемой другими, саркастически и иронично относясь к стремлениям окружающих достичь в ней успехов.

21.2. Фанатизм

Увлечение какой-либо деятельностью, достигающее крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов, с полным подчинением человека и «растворением» индивидуальности, носит название *фанатизма.* Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как *религия* (религиозный фанатизм), *спорт* (спортивный фанатизм) и *музыка* (музыкальный фанатизм). Общая характеристика фанатизма — выработка человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказания ему всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность. В рамках девиантного поведения в виде фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ведомого индивида, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира, идола и осознать отклонения собственного поведения, иногда заключающиеся в отрыве от близких или уходе из семьи, игнорировании работы.

Особое место в аддиктологии, в связи с социально-психологической значимостью его последствий, занимает религиозный фанатизм. Разрушение семей, разрыв родственных и дружеских связей, резкая и кардинальная смена стереотипа жизни человека ставят эту проблему на одно из первых мест по значимости. Наибольший интерес представляет психологический аспект веры, позволяющий анализировать механизмы формирования фанатичного поведения, становление аномалий и отклонений от этно- и социокультурных норм, изучение изменений, происходящих в личности под воздействием религиозной общины.

Характерная особенность религиозной веры — признание существования сверхъестественного, под которым понимается нечто, не подчиняющееся законам окружающего мира, лежащего «по ту сторону» чувственно воспринимаемых объектов. Особую роль играет феномен «избранности», формирующий, с одной стороны, чувство иденти-

фикации с группой единомышленников, «посвященных в тайну»; с другой — укрепляющий чувство превосходства над другими (непосвященными) людьми.

Наиболее благоприятной почвой для возникновения отклоняющегося поведения считается сектантство. Последователи христианства считают, что секта—это «организованное общество людей, разномыслящих с... церковью, но согласных друг с другом в религиозном отношении» (Б. А. Любовик). Не существует однозначной трактовки понятия «секта», поскольку межконфессиональное противостояние носит принципиальный характер. По мнению представителей «больших (старых, склонных к монополизации веры)» религий, отличительная черта секты в том, что она в своих воззрениях не согласна с главенствующей, критически относится к официальной и широко распространенной в конкретной стране религии. Подобную точку зрения нельзя признать обоснованной. Можно согласиться с тем, что тоталитарные религиозные секты применяют в своей практике жесткие психологические методы воздействия. Это выражается в возникновении в сознании человека состояния повышенной внушаемости за счет физического и психического истощения, социальной депривации, использования трансовых состояний и т. д. В нетрадиционных религиях, как правило, большую роль играет эмоционально-психологическая сторона, оттесняющая на задний план вероучение. Это выражается в провозглашении приоритета религиозного переживания. Огромное значение придается «боговдохновленной» форме проявления чувств и поведения верующего как свидетельству подлинной и глубокой религиозности человека. Спонтанные выражения религиозных чувств, особенно состояния транса, экстаза, интерпретируется как «просветление», как приобщение к божественной реальности, к чему и стремятся адепты религиозной группы (Егорцев, 1989).

По мнению В. В. Павлюка (1988), религиозная секта воспитывает у своих членов «реакцию избегания», вследствие чего верующий непроизвольно, как бы автоматически, воздерживается от действий, не одобряемых группой. Привитая в ходе общения и воспитания в религиозной группе такая эмоциональная реакция блокирует возможность отступления от принятых в данном сообществе норм. Подкреплением для «реакции избегания» выступают определенные религиозные санкции со стороны группы в целом либо ее лидеров в виде неодобрения, осуждения. Чувство общности, объединенности с другими членами группы может быть весьма реальным психологическим фактором в религиозном коллективе, Угроза использования или пример применения в прошлом мер осуждения, отчуждения вызывает у индивида чувство опасения быть отверженным группой и тем самым выступает в роли своеобразного психологического стража, делающего невозможным отступление от регламентированных норм повседневной жизни верующего.

Характерными особенностями воздействия тоталитарных сект наличность считаются (Егорцев, 1989) следующие:

1) установление жесткого контроля над волей, сознанием и чувствами членов секты (жесткая дисциплина; внушение чувства вины перед организацией; психологическое давление на тех, кто хочет порвать с сектой);

2) формирование психологической зависимости от лидера и организации (подавление способности к критическому мышлению; требование разрыва с критически настроенными людьми; ограничение круга общения только членами секты; отсутствие свободного времени, личной жизни вне общины).

В рамках религиозной секты формирование религиозного фанатизма существенно облегчается, поскольку лидером и самой общиной с помощью длительных и интенсивных психологических воздействий у индивида формируется готовность не сомневаться в

правильности или неправильности собственного поведения, снимается ответственность за него и, как следствие, — за волевой контроль собственной деятельности. Человек начинает поступать в соответствии с поведенческим шаблоном, навязанным группой.

Одним из актуальных, теоретически и практически значимых является вопрос о личностных особенностях, предрасполагающих к вовлечению индивида в религиозную секту, о соотношении внутренних устремлений личности, религиозной толерантности и необходимой степени активной психологической «вербовки» для становления религиозного фанатизма. Известно, что особую группу риска составляют личности, занятые интенсивными духовными поисками, стремящиеся к «полной и абсолютной Истине» (часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы), а также индивиды с художественным складом мышления.

R. J. Lifton (1978) выделяет 8 элементов, приводящих к катастрофическому изменению сознания человека в религиозной группе:

1) контроль окружающей обстановки (среды) — жесткое структурирование окружения, в котором общение регулируется, а допуск к информации строго контролируется;

2) мистическое манипулирование — использование запланированной или подстроенной «спонтанной», «непосредственной» ситуации для придания ей смысла, выгодного манипуляторам. Например, физиологические и психологические изменения при переходе на вегетарианское питание объясняются «нисхождением святого духа»;

3) требование «чистоты» — четкое деление мира на «чистый» и «нечистый», «хороший» и «плохой». Тоталитарная секта — «хорошая» и «чистая», все остальное — «плохое» и «грязное»;

4) культ исповеди—требование непрерывной исповеди и интимных признаний для уничтожения «границ личности» и поддержания чувства вины;

5) «святая наука» — объявление своей догмы абсолютной, полной и вечной истиной. Любая информация, противоречащая этой абсолютной истине, считается ложной;

6) нагруженный (культовым смыслом) язык — создание специального клишированного словаря внутригруппового общения с целью устранения самой основы для самостоятельного и критического мышления;

7) доктрина выше личности — доктрина более реальна и истинна, чем личность и ее индивидуальный опыт;

8) разделение существования — члены группы имеют право на жизнь и существование, остальные — нет, т. е. «цель оправдывает любые средства».

По мнению Е. Н. Волкова (1990), личность в культе переживает и проживает не свой индивидуальный «опыт», а групповой, отсюда — сильная зависимость от групповых процессов. Ответственность за принятие решений переносится с конкретной личности на группу, поэтому самые нелепые и странные акты воспринимаются и выполняются рядовыми членами как должное. В процессе приобщения человека к групповым нормам тоталитарной секты происходит формирование феномена «удвоения» личности (Лифтон, 1978), суть которого — разделение «Я» индивида на две независимо функционирующие системы. При этом люди не испытывают чувства эмоционального дискомфорта или неустойчивости. Они не способны к критическому осмыслению собственного положения и склонны совершать какие-либо поступки при ослабленном волевом контроле.

Разделение происходит потому, что в определенный момент член культовой группы сталкивается с тем, что его новое поведение несовместимо с докультовым «Я». Поведение, требуемое и вознаграждаемое тоталитарной группой, настолько отличается от старо-

го «Я», что обычной психологической защиты (рационализации, вытеснения и т. п.) недостаточно для жизненного функционирования. Все мысли, убеждения, действия, чувства и роли, связанные с пребыванием в деструктивном культе, организуются в независимую систему, частичное «Я», полностью согласующееся с требованиями данной группы, но происходит это не по свободному выбору личности, а как инстинктивная реакция самосохранения в почти невыносимых — психологически—условиях (Волков, 1990).

Исследования R. J. Lifton (1978) привели к пониманию того, что практически каждая личность в условиях массированного группового давления и манипулирования базисными человеческими потребностями способна к формированию девиантного поведения в виде религиозного фанатизм. Предрасполагающими к этому факторами могут быть низкая коммуникативная толерантность, семейные традиции магического и мистического мышления, некоторые характерологические и личностные особенности.

Под влиянием психологических воздействий тоталитарной секты у человека со сформировавшимся девиантным поведением в первую очередь происходит изменение всех четырех формальных признаков сознания (по Ясперсу, 1999). У него нарушаются: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства: «В каждый данный момент я сознаю, что я един»; 3) осознание собственной идентичности: «Я остаюсь тем, кем был всегда»; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Многообразие психических феноменов, возникающих в результате пребывания человека под культовым контролем и кардинально изменяющих его поведение в сторону аномалий и девиаций, можно сгруппировать в следующие восемь блоков (рис. 13).

Блок изменений сознания и самосознания	Блок регресса личности	Блок патологической зависимости
Блок аффективных феноменов	⇑ ⇐ "Я" ⇒ ⇓	Блок перцептивных феноменов
Блок инверсии двигательно-волевой сферы	Блок коммуникативных девиаций	Блок мыслительных аномалий

Рис. 13. Культовый контроль и его эффекты

1. *Блок изменений сознания и самосознания* (нарушение самосознания и идентичности личности).

2. *Блок аффективных феноменов-расстройств* (психопатологические эмоциональные состояния (переживания) в рамках посттравматического стрессового расстройства: депрессия, панические атаки, навязчивые воспоминания и сны и т. д.).

3. *Блок инверсии двигательно-волевой сферы* (снижение волевой активности (апатия), способности контролировать свою деятельность, утрата спонтанности и естественности).

4. *Блок патологической зависимости* (формирование психологической зависимости от религиозной группы, утрата способности быть ответственным за что-либо и автономным в принятии решений).

5. *Блок регресса личности* (остановка интеллектуального, когнитивного, эмоционального, нравственного развития, сопровождающаяся развитием психического инфантилизма).

6. *Блок перцептивных феноменов* (иллюзии, галлюцинации, нарушения схемы тела, восприятия времени).

7. *Блок мыслительных аномалий* (использование т. н. аффективной логики, утрата критичности, склонность к образованию сверхценных и бредовых идей).

8. *Блок коммуникативных девиаций* (замкнутость, отчужденность, аутизация, неспособность устанавливать доверительные отношения, утрата эмпатичности и навыков социального общения). ■

Мотивы отрыва человека от реальности и ухода в группу (религиозную, спортивных или музыкальных фанатов), подчинения себя идеи и лидеру могут быть различными. Одним из мотивов могут стать психологические проблемы, с которыми индивид не способен справиться самостоятельно или считает, что не способен. Как правило, данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Уход такого человека в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность. Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной, не вызывающей радости и эмоционального отклика реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или социальной группе, обретение новых переживаний становятся своеобразными аддиктами.

К сверхценным психологическим увлечениям при девиантном поведении относится деятельность, посвященная проповедованию тех или иных мистических традиций, эмоциональная поглощенность и *следование традициям экстрасенсорики и эзотерики — парапсихологическая зависимость.* Сутью подобного девиантного поведения является убежденность в том, что действиями, переживаниями и даже сознанием человека управляют «неведомые силы». Адепты экстрасенсорики убеждены в существовании «сверхъестественных» феноменов и процессов, вызывающих те или иные болезненные патологические проявления индивида на уровне соматики или психики. Основой парапсихологических воззрений становятся остающиеся нераспознанными феномены психической деятельности человека, которые трактуются как экстрасенсорные, биоэнергетические. По мнению А. П. Дуброва и В. Н. Пушкина (2002), биогравитация — это способность человека создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющего свои «особые черты».

Все обоснования существования биоэнергетики в настоящее время носят гипотетический характер и поэтому могут рассматриваться лишь как одна из версий возможной трактовки происходящих в человеке психических и психосоматических процессов и не могут приниматься за факты. Лица, поведение которых базируется на парапсихологических воззрениях и постулатах экстрасенсорики, не принимают во внимание принципиально важное научное мировоззрение и способ доказательства чего бы то ни было в сфере познания. Они настаивают и в этом вопросе на привлечении к анализу ненаучных методов и способов анализа действительности.

Аддиктивное поведение, базирующееся на традициях экстрасенсорики, можно разделить на *пассивный* и *активный* варианты. При пассивном варианте человек, разделяя экстрасенсорные традиции осмысления действительности и, в частности, межличностных отношений (любви, верности, зависти и др.), возникновения и лечения болезненных

проявлений (порча, сглаз и др.), прибегает к помощи практикующих экстрасенсов лишь в случаях возникновения семейных (партнерских, сексуальных) проблем или болезней. При активном варианте человек с определенного момента начинает ощущать в себе необычные способности («прозревает») и изменяет весь стиль поведения, стараясь максимально использовать «новые качества его личности». В некоторых случаях человек начинает ощущать в себе способности прогнозировать течение и исход событий (ясновидение и провидение), в других — осознает лечебные и оздоровительные качества своих действий. Нередко такой человек отказывается от прежних привычек и поведенческих стереотипов. Он способен бросить любимую работу, уйти из семьи и «помогать страждущим». Его воззрения в возможность исцелять людей превращается в стойкую непоколебимую убежденность, не требующую доказательств. Критика его способностей со стороны окружающих либо игнорируется им, либо встречает сопротивление, когда «экстрасенс» начинает активно противостоять официальной медицине.

Девиантное поведение, основанное на увлечении экстрасенсорикой и эзотерикой, может базироваться как на характерологических особенностях, так и на психопатологических симптомах и синдромах (мы не рассматриваем варианты сходного по форме псевдодевиантного поведения, основанного на попытке извлечь выгоду из заблуждений людей).

ГЛАВА 22

ЗАВИСИМОЕ ВОРОВСТВО (КЛЕПТОМАНИЯ И ДЕЛИНКВЕНТНЫЕ КРАЖИ)

Кражи, где похитителей привлекает не похищаемый объект, а сам «процесс» похищения, всегда вызывают много вопросов. Такие хищения не вполне соответствуют юридической дефиниции кражи как целенаправленного, совершаемого с корыстной целью противоправного безвозмездного изъятия или обращения чужого имущества в свою пользу. Подобный тип хищений упоминался психиатрами и психологами под названием «патических», «атипичных», «делинквентных» краж (Лукомская, 1974; Student, 1975; Cupchik, 2002), однако их психологические и психопатологические механизмы до последнего времени не изучались.

Выделяются два типа аддиктивных хищений. 1 -й тип включает лиц, обнаруживающих клептоманию. 2-й тип составляют лица, не отвечающие клиническим критериям клептомании современных классификаций психических расстройств (МКБ-10 и DSV-IV-R) в основном по причине корыстной цели или группового характера хищений. Этот тип аддиктивного поведения рассматривается под названием «делинквентные кражи» или «делинквентныи тип», т. к. для входящих в эту группу лиц совершение краж является лишь одним из многих свойственных для них видов антисоциальной активности.

22.1. Клептомания

22.1.1. История вопроса

Одно из самых ранних письменных признаний человека, совершавшего кражи не для материальной выгоды, а ради изменения эмоционального состояния, принадлежит раннехристианскому теологу Августину (354-430 н. э.). «*Я* воровал не из нужды, — пишет Св. Августин в 4-й главе «Исповеди», — у меня были такие же вещи, и даже гораздо лучшие. Я не пользовался и не наслаждался украденным, потому что наслаждение мне приносил сам процесс воровства и сознание того, что я поступаю плохо». Впоследствии достоянием истории стали и другие примеры необъяснимых краж, совершаемых известными людьми. Так, французский король Генрих IV Наваррский (1553-1610) не мог противостоять искушению тайком прихватывать понравившиеся ему вещи, которые он затем отсылал обратно владельцам. Подобной привычке был подвержен и король Сардинии Виктор-Амедей. В 1800 г. основатель американской психиатрии Бенджамин Раш опубликовал наблюдение женщины, «поведение которой отвечало самым высоким моральным принципам, за исключением одной страсти». Она, будучи в гостях за изысканным столом, всегда стремилась украдкой набить свои карманы хлебом, но впоследствии свои поступки «проклинала и оплакивала».

Клептомания как «болезнь, врожденная сознательная и непреодолимая наклонность к воровству», впервые была описана в 1840 г. французским психиатром Шарлем Креть-

еном Марком, который отнес клептоманию к классу инстинктивных мономаний — единственной аберрации психики нормального во всех других отношениях человека. К концу XIX в. Фовиль и Маньян объединили в одну группу обсессивных и импульсивных «наследственных девиантов». В этот разряд попали как клептомания, так и клептофобия. Б. Морель обратил внимание на повышенную эмотивность таких больных и назвал их страдающими «эмотивным бредом».

В начале XX в. основные представления о клептомании уже сложились (Kraepelin, 1891,1904; Krafft-Ebing, 1895; Kretchmer, 1921). Обозначилась феноменология клептоманических проявлений: напряжение при совершении кражи, сменяющееся облегчением, а затем — «горьким раскаянием у разумных». Побуждение к действию описывалось как навязчивое и насильственное («смутно осознаваемое как нечто неизбежное, непреодолимое и роковое») или «импульсивное». Прослеживалась периодичность возврата влечения, а динамика расстройства «не обнаруживала в течение жизни существенного улучшения или ухудшения». E. Kraepelin (1891) привел дифференциально-диагностические критерии воровства клептомана и антисоциального психопата: «Нравственно помешанный ворует вследствие эгоистических мотивов, тогда как при импульсивном помешательстве поступки не имеют цели, волевые проявления необдуманны и нелепы. Мотивом является не сознательный план, а импульс, зачастую крайне неясный, внезапно возникающий и тотчас же побуждающий к действию, но в ряде случаев возможна борьба мотивов».

П. Б. Ганнушкин (1933) описал механизм формирования и фиксации импульсивных навыков на основе условно-рефлекторной связи как форму патологического развития личности. Он считал реализацию импульсивных действий «разрядкой эмоционального напряжения». При повторной реализации девиантного действия с помощью эмоционального подкрепления эта связь фиксируется. В возникновении импульсивных влечений особое значение приобретают истерическая и эпилептоидная почва.

Однако в середине XX в. в нашей стране под влиянием социологической парадигмы преступного поведения изучение клептомании фактически попало под запрет. Табу на такие исследования также были связаны с тем, что большинство зарубежных работ в тот период лежали в плоскости психоаналитических теорий. Многие из них не выдержали проверку временем, но именно в рамках «глубинной психологии» было начато изучение коморбидности клептомании различным психическим нарушениям.

Как и прежде, в настоящее время основным отличием клептоманической кражи от обычного воровства считается ее «бескорыстность» и незапланированность (Маге, 1840; Krafft-Ebing, 1895). Абсурдность клептоманического действия, заключающаяся в том, что вор ничего не выигрывает, а лишь подвергает себя риску попасть в тюрьму, подчеркивается и во многих современных наблюдениях (Elizir, Jaffe, 1968; Davis, 1979; Medlicott, 1991, и др.), где описывается, как украденные носки, старая одежда, скрепки, книги, бижутерия, лекарства выбрасывается, ломаются, возвращаются владельцам, иногда тайно коллекционируются. J. Gauthier, D. Pellerin (1982) подчеркивают неодолимость влечения к краже, не ослабевающего со временем, a G. Gudjonsson (1987) утверждает, что с годами сопротивляться влечению становится все труднее. Нарастание чувства напряжения, приводящее к «неосознанным, будто автоматическим» действиям часто сопровождается выраженными вегетативными (сердцебиение, потливость), а в некоторых случаях — диссоциативными симптомами (Bleuler, 1920; Money, 1983; Goldman, 1992). Аффективная разрядка на «пике риска» одними авторами оценивается как близкая к маниакальному эпизоду, другими — как облегчение невыносимого напряжения, подобное облегчению от выполнения компульсивного действия, ритуала при обсессивно-компульсивном расстройстве (Gudjonsson, 1987; McElroy etal., 1992; Hollander, 1993).

22.1.2. Теоретические модели клептомании и связь ее с другими психическими расстройствами

Согласно американской классификации DSM-IV-TR, клептомания относится к *расстройствам контроля над импульсами* наряду с периодическим эксплозивным расстройством, пироманией, страстью к азартным играм и трихотилломаниеи и другими неуточненными нарушениями контроля над импульсами, где объединены виды поведения, характеризующиеся следующими признаками: повторямостью, неадаптивностью, первичностью (т. е. не служащие проявлением психопатологического снидрома — бреда, галлюцинаций и т. п.), а также периодической неспособностью противостоять влечениям к выполнению специфических поступков и наличием «продрома» с напряженностью перед совершением поступка и облегчением после него.

В *спектральной модели обсессивно-компульсивного расстройства* E. Hollander (1993) и D. Stein с соавт. (1994-1996) импульсивность и компульсивность считаются двумя полюсами спектра — недостаточности (при импульсивном поведении) или избыточности (при компульсивном) контроля над своими действиями, что обусловлено аффективными нарушениями. К нарушениям данного спектра наряду с клептоманией и собственно обсессивно-компульсивным расстройством отнесены 12 нозографических единиц. Они расположены от наименее (ипохондрические) до наиболее ауто- или гетеродеструктивных (страсть к азартным играм и др). Одно из преимуществ использования этой модели — обнаружение с ее помощью общей патогенетической ступени, «биологического диатеза» в развитии всех указанных состояний: абсолютной или относительной недостаточности серотонина и дисбаланса нейротрансмиттеров в целом.

S. McElroy и ее сотрудники (1991-1996) причисляют клептоманию к расстройствам *аффективного спектра* и приводят «четыре доказательства отношения клептомании к большой депрессии»: высокую распространенность большой депрессии и тревоги у клептоманов; совершение краж для облегчения депрессии; связь клептомании с расстройствами пищевого поведения; смягчение проявлений клептомании при назначении антиде прессантов.

Спектральные модели предполагают, что присутствие одного из расстройств спектра означает возможное наличие и других. Оба подхода оказались плодотворны при изучении клептомании и ее коморбидности. Психопатологическая отягощенность страдающих этим расстройством настолько значительна, что M. Goldman (1998) называет клептоманию «верхушкой диагностического айсберга». Она обнаружил депрессию у 50%, тревогу у 31% и булимию у 12% клептоманов. В свою очередь, выяснилось, что при расстройствах пищевого поведения клептоманические кражи совершают более 21 % (Коркина и соавт, 1986; McElroy et el., 1989). По данным S. McElroy, H. G. Pope et al. (1991), когда-либо в жизни депрессия наблюдалась у 40% больных клептоманией; злоупотребление ПАВ — у 50%. 40% страдали паническими атаками, 40% — социофобией, 45% — ОКР. У 60% обнаруживалась булимия, а у 40% — иные расстройства контроля над импульсами. Высокая распространенность аффективных нарушений, ОКР и расстройств контроля над импульсами как у самих клептоманов, так и у членов их семей обнаруживалась в британских, американских, итальянских, бельгийских и скандинавских исследованиях (Woddis, 1957;Ramellietal,, 1979;Gudjonsson, 1987; McElroy eta!., 1991;Chong, Low, 1996; Presta et al., 2002 и др.)

Клептомания также рассматривается как одно из «замещающих» расстройств среди разновидностей *аутоагрессии* наряду с булимией, злоупотреблением ПАВ, нанесением самоповреждений и другими видами аддиктивного поведения (Schwartz, 1992; Favazza,

1987, 1993). Уже доказано, что клептоманическое поведение направлено на смягчение имеющихся эмоциональных нарушений. Эмоциональное состояние, испытанное в момент первой успешной «настоящей» (корыстной) кражи, становится своеобразной «матрицей» для формирования клептоманического поведения. D. Fishbain (1987) описывает редукцию симптомов депрессии во время краж и считает, что воровство — это разновидность рискующего поведения в ответ на депрессию и служит своеобразным «антидепрессантом».

M. Goldman (1997) выделяет факторы риска развития клептомании: аффективные нарушения, суицидальные тенденции, расстройства пищевого поведения, нарушение идентичности, в том числе и сексуальной, мнительность, замкнутость, чувство пустоты, вины и принуждения, недостаток позитивных эмпатических переживаний в детстве, ранние протрагированных психогении, аутоагрессивное или деструктивное поведение в анамнезе.

Предположения о возможной принадлежности клептомании к кругу аддиктивных (зависимых) расстройств высказывались и ранее (Менделевич, 2003; Бухановский, 2003; Favazza, 1987; Marx, 2001), но в последнее время *аддиктивнаямодель клептомании* находит все больше подтверждений.

22.1.3. Распространенность и клинико-социальные характеристики лиц, страдающих клептоманией

Клептомания считается нечастым расстройством и выявляется менее чем у 5% арестованных воров (DSM-IY), в основном при кражах из магазинов. Некоторые авторы считают эти данные неоправданно завышенными или вообще отрицают существование клептомании как стремления к «бессмысленному» воровству (Ben-Aron et al., 1985; Abelson, 1989;Cupchick, 1992,2002).

Женщины составляют от 75 до 80% всех описанных случаев (McElroy et al., 1991; Goldman, 1998). Это объясняется тем, что только женщины обращаются к врачу по поводу клептомании добровольно, и их чаще, чем мужчин, направляют на освидетельствование судами. Возможна и иная интерпретация. Известны тендерные различия в реакциях на одни и те же психогении: у женщин формируются аффективные нарушения, мужчины начинают тяготеть к антисоциальному и агрессивному поведению (Guze, 1976), что отражает «экспрессивный» и «инструментальный» тип реагирования. Среди расстройств влечений клептомания и трихотилломания, коморбидные депрессии и тревоге, гипотетически действительно больше «подходят» женщинам.

Возраст манифестации расстройства. Некоторые иследователи (Money, 1983; Wood, 1990 и др.) наблюдали начало клептомании в детстве. Считается, что ребенок рождается с отсутствием контроля над импульсами и требует немедленного удовлетворения потребностей. Таким образом, клептомания трактуется как задержка развития (Freud, 1946;McClintock,Avison, 1968; Wolff, 1985).

Однако в когортных исследованиях средний возраст начала клептомании для женщин составил 20±12,5 лет. Данных для мужчин недостаточно. Между началом расстройства и попаданием в поле зрения психиатра проходило не менее 15 лет. Лишь 15% пациентов обращаются к врачу добровольно, остальные направляются судами (Goldman, 1997).

Особую роль в возникновении клептомании играют личностные расстройства — истерические, психастенические, эпилептоидные (Лукомская, 1974,1975; Потапов, Ткаченко, 1994). Зарубежные исследователи подчеркивают сходство личности клептомана с пограничным личностным расстройством (McElroy etal., 1992; Favazza, 1993; Goldman, 1997).

Психопатологические расстройства, встречающиеся у лиц с клептоманией, характеризует *личностный* уровень поражения. По данным D. Grant (2005), это расстройства личности. По нашим наблюдениям, чаще всего это органическое личностное и эмоционально-лабильное расстройство, эмоционально неустойчивое расстройство личности, преимущественно пограничного типа, смешанного, с преобладанием тормозимых черт и нередко — шизотипическое личностное расстройство. Встречаются также состояния стабильной ремиссии при приступообразно-прогредиентной шизофрении и тимопатические ремиссии при шизоаффективном расстройстве. Эти состояния квалифицируются как «психопатоподобный синдром» и «постпроцессуальная психопатия» и характеризуются относительно негрубыми изменениями личности без явлений распада или выраженного дефекта личности. Клептоманические кражи в период психоза, при наличии острой продуктивной симптоматики вряд ли возможны, равно как и при достаточно глубоком состоянии дефекта, поскольку для формирования механизма эмоциональной саморегуляции и специфического клептоманического аффективного паттерна необходимы «свободные» психические ресурсы. Больные с психотическим уровнем расстройств совершают хищения по иным механизмам (по бредовой мотивации, по реально-бытовым мотивам, хватают вещи в состоянии помраченного сознания).

В *сомато-неврологическом* состоянии у лиц с зависимым типом воровства нередко выявляются стигмы дизэмбриогенеза (диспластичность, высокое твердое небо, «конские» стопы и т. п.), вегето-сосудистая дистония, гипоталамо-гипофизарный синдром. При электроэнцефалографическом обследовании можно обнаружить признаки дисфункции диэнцефальных структур. Перечисленные признаки свидетельствуют о перенесенном перинатальном поражении центральной нервной системы, что нередко подтверждается и анамнестическими сведениями.

Социальные характеристики лиц с клептоманией на первый взгляд благоприятны. Среди них практически не встречаются бездомные люди, не имеющие семей или близких. Напротив, многие окончили средние или высшие учебные заведения, состоят в браке, имеют постоянную трудовую занятость, требующую определенной квалификации: это инженеры, учителя, предприниматели, служащие, положительно характеризующиеся окружающими. При этом практически у каждого пациента с клептоманией обнаруживаются перенесенные психогении, глубокие межличностные или внутриличностные конфликты, причем их корни уходят в детский и подростковый возраст.

Многие из больных клептоманией — приемные дети, дети из неполных семей, воспитывавшиеся родственниками. Их неправильное воспитание чаще имело две крайности: это была или гиперопека, «оранжерейное воспитание», или, напротив, повышенная ответственность, жестокое обращение, порой носившее характер истязаний. По нашим данным, каждый девятый клептоман в детстве перенес сексуальные притязания или насилие, в том числе инцестного характера. Ответом на психогении были интрапунитивные реакции — пассивного протеста, отказа, избегания или эмансипации. Многие такие дети испытывали страх перед старшими и пассивно подчинялись завышенным и несправедливым требованиям.

В подростковых компаниях немногим из них удавалось поддерживать товарищеские отношения со сверстниками. Они нередко получали ярлык «чудной», «нелюдимый», «закомплексованный». При этом они часто впадали в сильную, симбиотическую привязанность и зависимость от окружения либо, напротив, стремились к формальности и отгороженности и нередко были весьма избирательны и чрезвычайно осторожны в контактах. Часто по собственному желанию они стремились к позиции «постороннего» или «наблюдателя», избегая развития тесных отношений, и предпочитали иметь не более

одного-двух близких друзей. В более зрелом возрасте в число их обычно попадали родственники или жены, отношение к которым носило сверхценный характер. Некоторые из таких людей могли доминировать в семье, трудовом коллективе или в сообществах по интересам (туристических, филателистических и других). Встречались среди них и те, кто участвовали в экстремальных группах ярых поклонников эстрадных исполнителей или футбольных фанатов.

Стойкие антисоциальные тенденции — нечастое явление среди клептоманов. Совершая кражи, они понимают, что нарушают закон, борются с этим желанием, раскаиваются и порицают себя за это. Среди них есть лица с гиперсоциальным поведением, что выражается в чрезмерной приверженности семейным ценностям или «трудоголизме».

Для детского анамнеза лиц с клептоманией характерны неврозоподобные расстройства, чаще ночные страхи и нарушения речи. Реже наблюдался синдром раннего детского аутизма. Пубертатный период отличается кризовым течением, дисгармоничным или патологическим с преобладанием расстройств, свойственных позитивной фазе. К ним относятся аутистический характер игровой деятельности, сверхценные образования, патологическое фантазирование, в том числе и на темы самоутверждения, на сексуальные темы. Многие пациенты сообщали, что представляли сцены жестокости и насилия — катастрофы, месть обидчикам, расправу с соперниками, казнь врагов, лишенные яркой эротической окраски. Лишь в единичных наблюдениях клептомании в подростковом возрасте не отмечается психических аномалий.

На этот период в основном и приходится начало краж. Все лица с клептоманией ранее неоднократно совершали кражи, не попадая в поле зрения правоохранительных органов. Некоторая часть начала совершать мелкие кражи в младшем школьном возрасте у родных, одноклассников, товарищей. Корыстная цель заключалась в завладении понравившейся вещью, обычно мелкими разноцветными или блестящими вещичками «сувенирного» типа: брелоками, зажигалками, значками, марками, ручками, часами, которые затем хранились в «секретном» месте. Кражи денег отмечались редко. Украденные деньги тратились крайне редко и рачительно. Наблюдались случаи, когда траты были обусловлены сверхценными переживаниями, дисморфоманическими идеями (на консультацию пластического хирурга и т. п.).

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает у лиц с клептоманией неадекватную (завышенную или заниженную), неустойчивую самооценку, а также импульсивность, низкий порог фрустрации, впечатлительность, личностную незрелость, склонность к фиксации на негативных переживаниях, стремление к ограничению контактов, зависимость от мнения значимых лиц, эгоцентризм. Таким образом, для личности клептомана характерны черты эмоционально-неустойчивого расстройства личности пограничного типа, а также черты «аддиктивной личности» (по Короленко, 1990): снижение переносимости трудностей в повседневной жизни в сочетании с хорошей переносимостью кризисных ситуаций, трудности ожидания, скрытый комплекс неполноценности, сочетающейся с внешне проявляемым превосходством, сниженное настроение, внешняя социабельность и страх перед глубокими эмоциональными контактами, зависимость, стремление говорить неправду и уходить от ответственности.

22.2. Зависимые делинквентные кражи

Критерии клептомании исключают лиц с антисоциальным личностным расстройством, совершающих кражи по корыстным мотивам или в группе. Однако в ряде случаев у диссоциальных психопатических личностей, совершивших корыстные или групповые

кражи, формируется поведенческая зависимость, имеющая те нее патогенетические механизмы, что и клептомания. Отличительная особенность такого типа воровства — его раннее начало и транзиторность влечения к кражам со стремительным переходом к иным видам антисоциальной активности, также носящей зависимый характер.

Клинические описания подобного типа воровства можно найти в литературе среди «патических краж» (Лукомская, 1974; Student, 1975), «смешанных» и «атипичных» краж (Cupchik,Atchinson, 1983 ;Cupchick, 2002; Reinfried, 2003). A. Barker и соавт. (1994) подобные кражи называют «делинквентными», а T. Shulman (2003) — «аддиктивно-компульсивными» и воровством в «поисках риска». Корыстное воровство возбудимых психопатов по мотивации психопатической самоактуализации, в ответ на психогению или как разрядка дисфорического напряжения, отмечалось М. И. Лукомской (1974) и Л. И. Васильевой с соавт. (1986).

Нозологические характеристики лиц, совершающих зависимые делинквентные кражи, отражают более грубый уровень поражения психики, чем при клептомании. Это органические личностные и когнитивные расстройства, реже— умственная отсталость в легкой степени, ремиссии при гебоидной малопрогредиентной и параноидной формах шизофрении. Практически у всех лиц наблюдается также соответствие критериям МКБ-10 диссоциального личностного расстройства.

Перенесенные *экзогении перинатального периода* отмечаются у всех без исключения пациентов, совершающих делинквентные зависимые кражи. Среди неврозоподобных расстройств детского возраста больший удельный вес занимали энурез, тики, энкопрез, аффект-респираторные приступы. Для таких детей были характерны явления гипердинамизма (синдрома гиперактивности и дефицита внимания по МКБ-10), что закономерно, поскольку, согласно трехфакторной модели Баррата, непременные составляющие импульсивности как индивидуального свойства — моторная активация и недостаточность функций внимания и планирования.

В подростковом возрасте превалируют расстройства, свойственные негативной фазе пубертатного криза, встречаются асинхрония развития в виде задержки психического при ускоренном физическом развитии либо тотальная задержка пубертата. Эти лица нередко подвергались воздействию дополнительных экзогении: это черепно-мозговые травмы, интоксикации (злоупотребление токсическими веществами, суррогатами алкоголя) либо их сочетание.

Достаточная выраженность психической патологии служила причиной обращения к психиатру либо в период возрастного криза от 6 до 8 лет, либо в период начала пубертата. Поводами для обращения к врачу были неврозоподобные расстройства, нарушения поведения, школьная неуспеваемость. Таким лицам устанавливались диагнозы ранних церебрально-органических поражений либо нозологически неспецифические «гиперкинетический синдром», «расторможенность влечений», «ранняя алкоголизация», «токсикомания», «гебоидный синдром», «задержка психического развития».

Социальные характеристики лиц с зависимым делинквентным воровством крайне неблагоприятны. Как правило, это лица с начальным, в лучшем случае — неполным средним образованием, неграмотные или окончившие вспомогательную школу. Среди них многие имеют инвалидность по психическому заболеванию, некоторые просто не работают или заняты непостоянным малоквалифицировнным трудом. Тем не менее многим из них удается адаптироваться в референтном окружении. Чаще это группа с асоциальной или антисоциальной направленностью, причем кое-кто из таких лиц становится отрицательным лидером маргинальных групп.

В основном это дети из неблагополучных семей. Наследственность их часто отягощена алкоголизмом, умственной отсталостью родителей. У многих родители (часто оба) были судимы или лишены родительских прав. Среди делинквентных зависимых воров немало бывших воспитанников детских домов и интернатов, выросших в условиях гипоопеки и безнадзорности. Они рано научились давать реакции активной оппозиции и отторжения на обиды и унижения. Эти лица склонны к реакциям группирования, имитации, активным оппозиционным и протестным реакциям.

Поведение их с детского или подросткового возраста отличалось антисоциальной и криминальной направленностью. Там, где поведенческие девиации не вступали в противоречие с уголовным законодательством, они выражались в сознательном иждивенчестве, чрезмерной конфликтности и драчливости, злоупотреблении психоактивными веществами, гомосексуальном поведении.

Отличительная особенность аддиктивного делинквентного воровства — его чрезвычайно раннее начало. Воровать такие лица начинают в детстве. Их корыстная активность зачастую поощряется референтной группой и носит игровой и коллективный характер. Объясняются кражи обычно тем, что не хватает денег на сигареты, пиво, игровые автоматы, т. е. на реализацию потенциально аддиктивной активности. Большинство таких субъектов ранее состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних по поводу токсикомании, ранней алкоголизации, краж, хулиганства, действий сексуального характера, бродяжничества.

Структура психопатологических расстройств, встречающихся при зависимом делинквентном воровстве, в первую очередь включает психопатоподобные проявления различной нозологической принадлежности в основном органического генеза, а также расстройства влечений. В детстве эти расстройства проявлялись у этих лиц такими поведенческими девиациями, как участие в драках, укусы и избиения младших, жестокое обращение с животными, употребление токсических доз алкоголя, ингаляция летучих растворителей или паров бензина, уходы из дома и т. п. Степень «патологичности» и завершенность синдромального оформления этих расстройств ретроспективно оценить трудно.

Психологический эксперимент нередко выявляет у таких лиц внешнеобвиняюшие формы реагирования, личностную незрелость, импульсивность, антисоциальные установки, неконформность, ригидность, снижение эмпатии, нечувствительность к замечаниям и неприятие коррекции, а также составляющие органического патопсихологического комплекса (по Кудрявцеву, 1999), характерные черты импульсивного типа эмоционально-неустойчивого расстройства личности или диссоциального личностного расстройства.

22.3. Общие предиспозиционные факторы формирования зависимого воровства

Как было отмечено ранее, *дизонтогенез* является облигатной чертой психопатологических состояний как при клептомании, так и у лиц с зависимым делинквентным воровством, но в последнем случае заметен его более грубый характер. В свою очередь, ключевая тенденция *синдромокинеза* у пациентов с аддиктивным типом воровства — замедленная редукция психопатологических феноменов, свойственных более ранним этапам развития: полиморфные задержки развития, асинхронии и психический инфантилизм, а также сверхценные образования и патологическое фантазирование, которые в половине случаев не редуцируются, а длительно персистируют на этапе завершенного онтогенеза.

Следующая отличительная черта пациентов, совершавших кражи аддиктивного типа. — чрезвычайно высокая распространенность *аффективных расстройств,* в том числе *дистимий.* При этом психогенные реакции, депрессии непсихотического и психотического уровня, циклотимия, смешанные состояния, тревожно-фобические и дистимические (с преобладанием тревоги, напряженности и тоски) расстройства чаще отмечены у страдающих клептоманией. Аффективные расстройства здесь более продолжительны, в ряде случаев сопровождаются суицидальными или парасуицидальными попытками. У пациентов с делинквентными кражами преобладают дисфорические расстройства, сопровождавшиеся брутальными деструктивными или агрессивными действиями, иногда — нанесением самоповреждений без суицидальной цели. Дистимий здесь носят отчетливый тоскливо-злобный оттенок, с угрюмостью, недовольством, ворчливостью и раздражительностью, а биполярные аффективные колебания отличаются присутствием апатического, реже — ипохондрического компонента в негативной аффективной фазе и наличием эйфорических и мориоподобных нарушений в фазе подъема. Аффективные нарушения у пациентов с зависимым делинквентным воровством, несмотря на большую яркость клинических проявлений, непродолжительны, обычно от нескольких часов до нескольких дней.

Анализ динамики психопатологической структуры состояний в онтогенезе показывает, что с возрастом у пациентов с аддиктивным воровством формируются *нарушения влечений,* в том числе и за счет оформления общей расторможенности влечений в какой-либо синдром. Среди коморбидных расстройств влечений у лиц с клептоманией чаще всего встречаются расстройства сексуального предпочтения (фетишизм, фроттеризм, визионизм, мазохизм, раптофилия, эксгибиционизм, педофилия), иногда такие нарушения выражаются в форме полиморфного парафильного синдрома. Для зависимых «делинквентных» пациентов более характерны расторможенность влечений и редуцированные варианты нарушенных влечений в виде «склонностей», «элементов» или «черт», сформированные синдромы наблюдаются реже. Это в основном более «деструктивные» формы — пиромания, дромомания, зооцидомания, садомазохизм. Неразвернутые синдромы проявляются либо в идеаторной активности (фантазирование на темы мщения, расправы с врагами, фантазирование с парафильной тематикой), или в таком поведении, как вандализм, склонность к разрушительным действиям, жесткость, истязание животных, издевательства, побои и укусы более слабых. В отличие от лиц с клептоманией, здесь практически не встречается мазохистической активности, напротив, преобладают садистический компонент и тенденция к гетероагрессии.

Злоупотребление психоактивными веществами, сверхценные увлечения компьютерными играми, гиперсексуальное поведение встречаются при любом зависимом воровстве. Также (несколько чаще среди клептоманов) наблюдается гипобулия, сопровождающаяся феноменом «сенсорной жажды» и рискующим поведением.

Характерной чертой зависимого типа воровства является и снижение аффективного фона в период, непосредственно предшествующий деликту (краже), что инициирует формирование механизма эмоциональной саморегуляции.

22.4. Особенности формирования аддиктивного поведения лиц, совершающих кражи

Большинство клептоманов отмечают ощущение чрезвычайного удовольствия от совершенной ими ранее корыстной кражи, что четко запечатлевается в памяти *{имприн-*

тинг, по Имелинскому, 1986). Достигнуть именно этого ощущения они стремятся во время следующих, «бескорыстных» краж. При раннем (препубертатном) начале воровства нередко наблюдается запамятование первой кражи.

На инициальном этапе развития зависимости при совершении краж *эмоциональный паттерн* состоит из трех фаз: нарастающее напряжение перед совершением кражи, резкий подъем настроения сразу после завладения предметом, причем пик этого подъема в большинстве случаев приходится на момент минования опасности быть замеченным, после чего наступает своеобразная разрядка. Пик напряжения и острого удовольствия приходится при краже автомобиля на переезд через милицейский пост в другом районе, при магазинной краже — на проход через турникет или на выходе из магазина, при краже в метро — на момент, когда убегающий пациент вскакивает в вагон, двери которого начинают закрываться. Последняя, третья фаза эмоциональной реакции (фаза последействия или этап стабилизации настроения) — достижение достаточно стабильного эмоционального состояния, отличного от пределиктного, что, фактически, и являет собой «психотропный эффект», приводивший к запуску механизма эмоциональной саморегуляции. Одним «страшное напряжение» или «острое чувство риска» при совершении кражи придавало заряд бодрости, других пережитое чувство страха избавляло от тревоги, у третьих наступало «тихое ликование», «радостная уверенность».

На инициальном этапе развития зависимости кражи совершаются, как правило, ради первой и второй фаз острого подъема настроения, что пациенты называют «взлетом», «резким подъемом», «экстазом», а лица, злоупотреблявшие наркотиками, сравнивают с «приходом». На последующих этапах приоритет уже отдается эффекту последействия — стойкому изменению изначально сниженного аффективного фона.

Эмоциональные переживания пациентов на инициальном этапе развития зависимости сопровождаются отчетливыми вегетативными и сенсорными изменениями. От страха и напряжения перед кражей «холодели руки», «знобило», по коже «ползали мурашки». У одних отмечалась гиперакузия и гиперестезия, у других, напротив, — ощущение «ваты в ушах». На «пике риска» многие отмечали, что сердце «колотится», «бьется с перебоями», испытывали нехватку воздуха. Из физических ощущений в фазе последействия пациенты замечали приятное тепло, иногда сопровождающееся потоотделением, а также преходящей легкой слабостью, дрожью в коленях или головокружением.

Продолжительность первого этапа развития зависимости улице клептоманией зависела как от глубины изначальных психических нарушений, в первую очередь аффективных расстройств, так и от личностных установок. Подавляющее большинство клептоманов порицали себя за содеянное, испытывали стыд и раскаяние. Украденные вещи всегда хотели вернуть, но чаще выбрасывали или прятали их подальше от глаз. Тем временем идеаторная активность сохранялась — испытанные ощущения периодически всплывали в памяти, муссировались, особенно в период сниженного настроения. Однако воспоминания носили произвольный характер. Появление навязчивых или непроизвольных фантазий и реминисценций — признак перехода ко второму этапу развития аддикции. Период между первой клептоманической кражей и последующей мог продолжаться (в наших наблюдениях) до нескольких лет. Промежутки между повторными деликтами впоследствии сокращаются.

В отличие от лиц с клептоманией, у большинства группы делинквентных воров отмечалось «научение» (по Hinde, 1974) удовольствию по мере совершения краж. Этому способствовало обладание похищенным («награда» за риск), поощрение окружающих, что придавало чувство собственной значимости, могущества. В нескольких случаях пациенты сразу отметили смену настроения на повышенное при совершении кражи.

Эмоциональные переживания во время последующих краж в течение короткого периода усиливались или оставались стабильно яркими. Желание воровать не шло вразрез с личностными установками, поэтому эти лица легче и чаще, чем в группе клептомании, реализовывали это желание в периоды пониженного настроения или «от скуки». Похищаемые объекты тем временем имели все меньшую ценность для похитителя, а если все же имели, то их использовали либо раздаривали окружающим. Корыстный мотив в иерархии мотивов начинал конкурировать, а затем сменялся гедонистической или атарактической мотивацией. В междeликтные периоды у многих отмечались произвольные, приятно окрашенные реминисценции и фантазии на тему богатства или просто воровства. Кражи совершались инициативно, преимущественно в группе с соучастниками, часто с несовершеннолетними. Первый этап развития аддикции у «делинквентных» пациентов был значительно укорочен, в первую очередь за счет чрезвычайно высокой частоты и доступности реализации девиантной активности в асоциальном окружении.

На этом этапе в обеих группах способность к произвольной регуляции поведения сохранялась полностью, эмоциональные нарушения были неглубокими. Говорить о нарушениях произвольности действий или о патологичности поведенческого феномена как такового вне связи его с предлежащим расстройством здесь нельзя. Совершение кражи в данном случае — это средство выбора для достижения эмоционально комфортного состояния и может быть отнесено к непатологическим формам девиантного поведения. В распоряжении субъекта еще остается широкий спектр социально приемлемых средств достижения психологического комфорта.

Второй этап развития зависимости — этап обсессивного влечения, которому соответствует звено «формирования аддиктивного ритма» (по Короленко, 1991). Он характеризуется появлением обсессивного влечения к совершению краж, прогнозированием ожидаемого психологического и физиологического эффекта от реализуемой активности (формированием механизма эмоциональной саморегуляции), а затем — притуплением этого эффекта (привыканием или ростом толерантности).

Лица с клептоманией сообщали о навязчивом периодическом желании украсть, возникавшем на фоне сниженного настроения, скуки, «нехватки адреналина». Принятие решения сопровождалось борьбой мотивов, беспокойством, тревогой. Произвольная регуляция поведения сохранялась, они заявляли, что могли отказаться от своих намерений. Частота реализации деликтов была прямо пропорциональна глубине имеющихся аффективных, в том числе и психогенных, нарушений. Появлялись такие феномены, как серийность (совершение краж сериями с перерывами) и сезонность (например, весной и осенью или только летом). Эпизодически возникала ситуативность: решение украсть приходило на месте и реализовывалось тут же. Ситуации, провоцирующие совершение краж, становились все более незначительными и разнообразными. В период обсессивного влечения лица с клептоманией пытались «переключиться» на заместительную активность — азартные игры, виртуальное общение в Интернете, употребление ПАВ, чаще — алкоголя и марихуаны, фантазирование на эротические темы, промискуитетное поведение. На этом этапе у лиц с клептомании нередко формировалось предпочтение какого-либо вида объектов кражи — «моноклептизм». От похищенного предмета раньше они пытались избавиться как от напоминания о неправильном поступке. На настоящем этапе предметы иногда коллекционировались или складывались в укромном месте, «на память», чтобы потом «поднять настроение» или чтобы убедиться, что «это действительно было».

В делинквентной группе динамика отличалась стремительной прогредиентностью. Корыстный мотив терял значимость либо дезактуализировался окончательно. Пациенты

быстро обнаруживали снижение ожидаемого психологического эффекта от криминального действия. Для его усиления они совершали кражи в состоянии алкогольного опьянения, прибегали к учащению криминальной активности, к совершению краж ежедневно или по нескольку раз в неделю, вплоть до эксессивности (в наших наблюдениях — до 12 краж в течение суток). Влечение, имевшее при инициации серии обсессивный характер, в середине серии могло меняться и становиться компульсивным, когда прогнозируемый эмоциональный эффект не наступал. Это аналогично утрате количественного контроля при синдроме зависимости от ПАВ. При совершении краж сериями можно наблюдать тенденцию к сокращению «светлых» промежутков. В отличие от лиц с клептоманией, совершавших кражи исключительно в одиночку, «делинквентные» пациенты воровали и в группах, и единолично. Они редко заботились о мерах предосторожности. Нередко кражи совершались ситуативно, спонтанно, без предварительного планирования.

Распространенное и поощряемое воровство в асоциальной среде для лиц делинквентной группы становилось как бы полигоном для испытания криминальных возможностей. В период формирования аддиктивного ритма начинала реализовываться поисковая заместительная активность, которая на следующем, третьем этапе трансформировалась в другие виды аддиктивной активности (часто криминального характера) либо в формирование синдрома нарушения влечений.

На втором этапе период борьбы мотивов у лиц делинквентной группы нередко сводился к мысли о том, «как бы не поймали». Имеющийся эмоциональный и отчасти интеллектуальный дефект способствовал фиксации у них аморальных и эгоистических установок. Большинство из таких людей прекращало трудиться, т. к. преступная деятельность была для них более рациональна в смысле удовлетворения потребностей.

В периоды вынужденного воздержания от краж пациенты этой группы прибегали к употреблению больших доз алкоголя, «тяжелых» наркотических средств (героина, первитина, галлюциногенов), к токсикомании, к деструктивным поступкам, вандализму, участию в драках, зооцидным действиям, поджогам, к нанесению самоповреждений в качестве «заместительной активности». Появление неудержимого компульсивного влечения знаменовало переход к третьему этапу развития зависимости.

Таким образом, на втором этапе развития зависимого корыстного поведения наблюдается формирование механизма эмоциональной саморегуляции путем прибегания к определенной поведенческой активности. Также появляются заместительная активность при невозможности реализовать основную и навязчивое влечение к совершению краж, реализация чего сопровождалась стереотипным 3-фазным эмоциональным паттерном, когда постепенно снижается острота психического и вегетативного компонента 1-й и 2-й фаз.

У лиц из группы клептомании на этом этапе имеется полное соответствие критериям расстройства привычек и влечений в форме клептомании (F63.2), обсессивного типа эгодистонического варианта. При несоответствии критериям клептомании у лиц из группы делинквентных на этом этапе (корыстная цель, использование украденного объекта или групповой характер деликта) также наблюдается формирование механизма эмоциональной саморегуляции, сопровождающееся возникновением схожих поведенческих и аффективных феноменов, но в иных социально-психологических условиях, что придает динамике большую прогредиентность.

В обеих группах отмечаются следующие феномены: достижение психического комфорта только при осуществлении избранной формы активности, измененная реактивность в виде редукции различных защитных знаков физиологического и поведенческого

уровня, таких как приглушение вегетативных реакций страха или снижение мер предосторожности при осуществлении деликта, феномен повышения толерантности, выражающийся в притуплении эмоционального эффекта, прибегание к эксцессивной активности. К ним относятся также появление биологического ритма (серийность или сезонность), наличие заместительной активности в периоды воздержания от краж, что является аналогом одного из симптомов отмены, а также наличие обсессивного влечения к осуществлению избранной активности. Все это свидетельствуют об общем патогенетическом механизме, лежащем в основе как клептоманических, так и делинквентных краж. Перечисленные симптомы — это составляющие т. н. «большого наркоманического синдрома», характерного для синдромов зависимости (Пятницкая, 1994; Бухановский, Андреев, 2003). Поэтому в случае делинквентных краж может идти речь о поведенческом расстройстве в виде зависимого поведения (по терминологии Менделевича, 2003). Однако отсутствие состояний измененного сознания, возможность переключения на иные виды активности свидетельствуют о сохранности произвольной регуляции действий на настоящем этапе.

Третий, компульсивный этап развития зависимости заключается в формировании аддиктивного (зависимого) поведения как интегральной части личности со стереотипизацией реагирования. Для этой стадии характерны: появление неодолимого, компульсивного влечения к реализации девиантного поведения; субъективный приоритет третьей фазы эмоционального паттерна при объективном сокращении или редукции первых двух; встраивание в базисные структуры личности модели криминального поведения и начало использования этой модели в других обстоятельствах.

Наиболее заметным динамическим феноменом на этой стадии оказывается тенденция к переходу в большинстве наблюдений к новым формам зависимого поведения, в том числе и путем вытеснения основной формы аддиктивного поведения заместительной формой при редукции или обрыве основной, что происходит спонтанно или под влиянием иного патологического процесса. Клинически это выражается формированием новых синдромов расстройств влечений в обеих группах, сменой синдрома основного расстройства влечений в группе клептомании или появлением иных форм зависимого поведения в делинквентной группе.

Структура эмоциональной фазности сохраняется, но по мере повторения краж наблюдаются нарушения апперцепции и заметное субъективное притупление «остроты» не только эмоциональных, но и вегетативных ощущений. Это касается всех трех фаз. Исчезают защитные знаки. Пациенты прибегают к неоднократным, эксцессивным кражам до нескольких в день, сознательно больше рискуют, редко предпринимают меры предосторожности или попытки скрыть содеянное. Несмотря на то что реализация основной активности на какое-то время смягчает имевшиеся аффективные нарушения, эффект последействия (3-я фаза) постепенно укорачивается, что ведет к нарастанию частоты реализации девиантной активности или к сокращению «светлых» промежутков между сериями, которые в большинстве случаев заполняются дополнительной активностью, также приобретающей аддиктивный характер.

Клинически в межделиктный период в группе клептомании отмечается углубление аффективных колебаний, усугубление имеющихся патохарактерологических личностных черт, усиливается раздражительность. На этой стадии у наблюдаемых появляются, если не были свойственны ранее, такие черты, как отгороженность, нелюдимость. У них пропадает или снижается интерес к ранее любимым занятиям, если это не связано каким-то образом с воровством (например, как ремонт автомобилей связан с кражей автомобиля или интерес к одежде — при фетишистских кражах). При снижении аффективно-

го фона влечение к совершению краж начинает приобретать неодолимый характер. Фантазии и реминисценции приобретают непроизвольный характер «наплывов». Несколько человек сообщали, что в период воздержания от совершения краж они видят сны на эти темы. При беседе на темы воровства они оживлялись, улыбались, у них заметно улучшалось настроение.

В период деликта лица этой группы прибегают к разнообразным средствам усиления ощущений во время совершения кражи, к излишнему риску, намеренному несоблюдению мер предосторожности. «Заместительная» активность в этот период могла не замещать, а «встраиваться» в деликтную и конкурировать с ней. Большинство лиц из группы клептомании переставало предпринимать меры к сокрытию следов правонарушения. Период борьбы мотивов в ряде случаев мог отсутствовать. На этой стадии несколько пациентов отмечали, что в межделиктныи период они испытывали не столько «стыд» или раскаяние, как в первое время, сколько «тягостное», неопределенно-гнетущее чувство бессилия прекратить кражи или «хотя бы получать от этого удовольствие, как раньше». Иногда прибегание к дополнительной активности во время кражи на время «оживляло» старые ощущения. В период деликта наблюдались эпизоды диссоциации.

Так, пациентУ., 27 лет, заметил, что ощущения во время самой кражи притупились, а «успокаивался» он после ее совершения «совсем ненадолго». При повторных квартирных кражах У. перестал входить в квартиру через дверь, даже если ту было легко открыть. Он специально проходил по карнизу высокого этажа, спускался с крыши по веревке и придумывал все более и более рискованные способы. Выходя с украденным, он старался специально попасться на глаза милиционеру, отчего испытывал еще большее чувство риска. И лишь оказавшись вне поля зрения посторонних, пациент выбрасывал украденное, после чего наступало облегчение «депрессии». У. отмечал, что в последнее время ему было «достаточно любого замечания, чтобы впасть в депрессию», а «рискованных ухищрений» при совершении кражи требовалось все больше, отчего он «устал». В последние несколько месяцев перед задержанием, пытаясь бороться с соблазном воровства, наносил самопорезы «от этой усталости». Перед совершением одного из инкриминируемых хищений У. нанес самопорезы и, не дожидаясь, пока окончательно остановится кровь, начал взбираться на балкон 2-го этажа, где находилась квартира, из которой он намеревался совершить кражу. И при этом испытал более яркие ощущения, чем обычно. При этом он «видел только балконную дверь и ничего вокруг», была только одна мысль — «открыть, забрать». Не помнит, что было в квартире, как выходил оттуда. Обратил внимание на то, что идет обратно знакомой дорогой, ему «легко, в коленях — слабость, в руках — пальто и приемник». После двух следующих эпизодов краж самопорезы «уже не помогали». У. помнил произошедшее в деталях. При настоящей судебно-психиатрической экспертизе СПЭ У. заявил, что «рад» своему задержанию и тому, что наконец «закончился этот круговорот».

В то же время совершение краж для некоторых пациентов становилось привычным действием, оно встраивалось в личность и превращалось в тип реагирования, влечение начинало «рационализироваться». Наряду с совершением клептоманических краж пациенты прибегали к воровству, если нужно было завладеть необходимой им вещью или деньгами. Объекты кражи также могли стать средством шантажа или аналогом агрессивных действий, совершенных из гнева или мести. В части наблюдений на этом этапе происходила смена основного синдрома нарушения влечений на расстройства сексуального предпочтения (фетишизм, педофилия, садомазохизм, эксгибиционизм, полиморфный парафильный синдром). Мы наблюдали формирование раптофилии у бывшего клептомана, когда пациент начал совершать кражи у жертв изнасилования «для усиления

ощущений», а украденное впоследствии продавал. Таким образом, редукция клептомании, наблюдаемая на этом этапе, обычно сопровождается развитием иной аддикции. чаше химической.

В делинквентной группе сокращение фазы последействия приводило к тому, что у лиц в основном с чертами импульсивно-эпилептоидного типа органического генеза с брутальным, застойным аффектом напряженное, тоскливо-злобное настроение становилось преобладающим аффективным фоном в междеиктном периоде. Непосредственно перед деликтом отмечалось усиление апатического или собственно дисфорического компонентов и раздражительности. Влечение приобретало неодолимый характер. Практически все пациенты в этот период совершали кражи со взломом, сопровождая их избыточно разрушительными действиями, поджогами. Иногда совершение краж чередовалось с разбойными нападениями и фабежами. В это время лица из делинквентной группы пользовались случайными предметами для разрушения препятствий (куски железной арматуры, кирпич, лом и т. п.). При снижении эффекта от самой кражи они испытывали разрядку от избыточных разрушительных действий и вандализма (от взлома дверей, разбития стекол, разламывания на куски и разбрасывания приборных панелей при кражах из автомобилей). Нередко после совершения кражи или угона автомобиля они разрушали помещения, крушили или специально разбивали автомобили. Иногда они избивали соучастников, унижали их, демонстрируя свою силу и превосходство. Кражи становились лишь привычным поводом для такой разрядки. В отдельных случаях отмечались диссоциативные феномены, относящиеся не к моменту хищения, а к моменту взлома двери или иных деструктивных действий, при этом пациенты не помнили своих действий с момента принятия решения до проникновения в помещение, или помнили фрагментарно, отмечая, что «видели себя как будто со стороны и действовали автоматически».

Вектор компульсивного влечения на этом этапе в делинквентной группе направлен уже не на совершение краж, поскольку разрядка происходила от деструктивных или гетероагрессивных действий. У небольшой части таких пациентов заместительная или конкурирующая с корыстной активность носила аутоагрессивный характер: они бились головой о стену, наносили самоповреждения. Они объясняли свои действия нарастанием напряжения, «маяты», «бессильной злости», отсутствием разрядки от краж. Совершение аутоагрессивных действий сосуществовало или чередовалось с иной девиантной активностью криминального характера.

У лице клептоманией в начале 3-го этапа наблюдалось соответствие критериям эгодистонического варианта клептомании компульсивного типа. Прогрессирование зависимости в этот период сопровождалось встраиванием в личностные структуры криминального паттерна, становившегося одним из способов личностного реагирования, когда наряду с клептоманическими совершались корыстные кражи или кражи из гнева или мести.

У всех лиц из делинквентной группы на этом этапе происходило формирование иных видов зависимого поведения, в основном — гетеро- и аутодеструктивных — синдрома зависимости от ПАВ, вандализма, расстройств сексуального предпочтения (чаще — сексуальный садизм), аддиктивного промискуитета или гомосексуальных поступков. Смена корыстной зависимости на иные формы активности происходила чрезвычайно быстро.

В группе клептомании по мере углубления основного психического расстройства криминальное поведение могло как прогрессировать, так и трансформироваться в новые формы зависимости, как правило, от ПАВ, в иные синдромы нарушения влечений

(чаще это расстройства сексуального предпочтения, нарушения сексуальной идентичности) или редуцироваться вследствие значительного утяжеления имеющихся психопатологических проблем.

На этом этапе становится очевидным, что динамика девиантного поведения в клептоманической и делинквентной группах имеет самостоятельный, автономный характер, не зависит от динамики основного расстройства и может даже находиться с ним в реципрокных отношениях, например в случае редукции клептоманического поведения при прогрессировании процессуальных форм психической патологии.

На этапе компульсивного влечения у подэкспертных обеих групп отмечались однотипные личностные изменения: появлялись или нарастали раздражительность, отгороженность и замена прежних интересов тем, что связано с аддиктивной активностью. При сокращении фазы последействия в межделиктном периоде углублялись дистимические, биполярные аффективные колебания, а в делинквентной группе усугублялись дисфорические расстройства.

В конце этого периода нарушения влечения в обеих группах начинали соответствовать определению истинного нарушения влечений (Гурьева и соавт., 1994). Истинное нарушение сопряжено с инстинктом, недостаточно контролируемо сознанием, оно исходит из глубинного чувственного побуждения, направленного на определенную цель, сопровождается напряженной витализированной потребностью отреагирования и завершается действием с соматопсихическим гедонистическим эффектом. Наличие компульсивного, неодолимого характера влечения, углубления эмоциональных расстройств, явления диссоциации в период деликта, недостаточность прогностических функций вследствие того, что прогнозируемый эффект последействия от активности не оправдывался, что вело к эксцессивности и встраиванию иной активности в рисунок деликта, а также начинающаяся рационализация криминальной активности (снижение критических функций), — все это свидетельствует о сниженной способности пациентов к произвольной регуляции своей деятельности на этом этапе.

Последний этап развития зависимого поведения или этап личностного оскудения (четвертое и пятое звено, по Короленко, Донских, 1990) характеризуется «избыточным» прибеганием к аддиктивной активности, которая полностью определяет поведение, стиль жизни человека, его отношения с окружающими и становится основным модусом реагирования личности на самые разнообразные стимулы. Влечение рационализируется и перестает быть субъективно тягостным, теряет напряженность и утрачивает эго-дистонический характер. Совершение краж может сосуществовать с другими видами аддиктивного поведения. Обнажаются специфические негативные личностные изменения пациентов.

Кражи совершаются и по корыстным, и по иным мотивам. Воровство для многих становится основным источником дохода. Пациенты относятся к нему как к «любимой работе». Помимо этого, ими совершаются кражи ненужных вещей, однако фазность клептоманического эмоционального паттерна здесь нарушается. Напряжения перед кражей часто не возникает, пик положительных эмоций в ряде случаев приходится на момент принятия решения совершить кражу или, напротив, сдвинут на выполнение появившихся ритуалов. Возникает символизм. Так, один пациент оставлял символический знак в виде проволочной звезды в ограбленной квартире, другой пациент непременно проезжал по определенному маршруту на угнанной машине, а каждая седьмая угнанная им машина должна была быть определенного (синего) цвета.

При этом ни один из «профессиональных» воров не «гастролировал»: кражи и угоны совершались в пределах нескольких определенных районов. Период борьбы мо-

тивов отсутствовал, напротив, воровство начинало оправдываться какой-либо необходимостью или благими целями, влечение становилось «спаянным» с личностью, эго-синтоническим. Все свое время и энергию подэкспертные фактически тратили либо на процесс воровства или на реализацию иной аддиктивной активности, либо на размышления по этому поводу.

В отличие от предыдущих этапов, здесь происходит тщательное планирование краж в корыстных целях, осуществляется слежка за владельцами вещей (автомобилей). «Профессиональные» кражи совершались с использованием технически сложных или изощренных приспособлений: сканеров автомобильной сигнализации, универсальных отмычек для дверей. Один пациент, совершавший карманные кражи, занимался многочасовыми специальными упражнениями с шариками для тренировки кистей рук, особым образом стриг и подпиливал ногти. Хищения производил всегда в одиночку.

Кражи «в отместку» или «для удовольствия» пациентами совершаются обычно спонтанно. Эпизодически происходят импульсивные кражи, когда отсутствуют воспоминания о содеянном или пациенты не могут объяснить цели кражи. Они говорят, что украли «просто так», «автоматически», «по привычке». Раскаяние, стыд после совершенной кражи или тягостные чувство того, что они не могут изменить свою жизнь, на этой стадии уже не наблюдается. Напротив, такие лица равнодушно или с бравадой называют себя «ворами».

Негативные личностные изменения обнаруживают безразличие, несвойственную ранее таким людям черствость, эмоциональную холодность к тому, что не связано с реализацией аддиктивной активности, фактическую нивелировку преморбидных установок, интересов, увлечений, привязанностей. Суждения таких лиц отличаются субъективизмом и выраженной монотематичностью. Наблюдаются заметные биполярные колебания их настроения, причем в структуре депрессивных или дистимических расстройств всегда превалирует апатический компонент. Обращает на себя внимание мозаичность личности таких людей: отгороженность, нелюдимость, монотонность, чувство самодостаточности, бездеятельность, высокомерие, недоверчивость сочетались в них с крайним эгоцентризмом, инфантильностью, неустойчивой самооценкой, склонностью к немедленной реализации необдуманных, сиюминутных решений, к импульсивным поступкам, к реакциям отказа, к самовзвинчиванию. У всех наблюдается феномен иллюзорного замедления течения времени, напоминающий тот, что был описан А. К. Качаевым с соавт. (1980) при алкоголизме. События прошлого 5-, 10-летней давности подэкспертные датируют ошибочно, говоря, что это было «года два назад», высказываемые ими планы на будущее непродуманы и невыполнимы в тот срок, который они себе ставят. Они ощущают себя моложе своих лет. Когда речь заходит о воровстве, они оживляются, становясь многословными и гротескно монотематичными. Отношение к объекту кражи в случае моноклептизма было сверхценным.

На заключительном этапе поведение таких лиц соответствует понятию развернутой аддикции, т. е. уходу от реальности с изоляцией и постепенным упрощением отношения к самому себе, с выработкой определенного аддиктивного ритма, фиксацией на заранее предсказуемой эмоции, вырабатывающейся стереотипным образом, и с достижением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система (по Короленко, 1990). На первый план здесь выступают искажения активности — фиксированность на процессе, а не на результате деятельности, игровой характер, стереотипизация, территориальность, ритуализация и символизм, напоминающие таковые при парафилиях.

Механизм развития аддикции — это межнозологический феномен. Зависимое поведение как при клептомании, так и при делинквентном воровстве, развиваясь на основе

различных психических расстройств, приобретает самостоятельную, автономную динамику, не всегда совпадающую с динамикой основного психического нарушения.

22.5. Судебно-психиатрическая оценка зависимых краж

Особенность судебно-психиатрической оценки аддиктивного типа краж определяется тем, что при тождественности ведущих психопатологических синдромов реализуются различные паттерны криминального поведения, т. е. степень осознанности и произвольности регуляции поведения могут быть различным. Соответственно, различны и правовые последствия такого поведения: ответственность (вменяемость), неответственность (невменяемость) или применение ст. 22 УК РФ («ограниченная вменяемость»).

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц делинквентной группы прежде всего требует анализа *медицинского критерия* невменяемости на нозологическом и синдромологическом уровне. Констатации выраженной и стойкой когнитивной недостаточности, аффективных нарушений психотического уровня (в основном дисфорического характера) *при органических психических расстройствах,* признаки дефицитарных личностных расстройств при шизофрении позволяют экскульпировать таких испытуемых. То же относится к проявлениям *выраженного психического инфантилизма.* Парциальность инфантилизма, преимущественно личностный его характер, преобладание в его структуре свойств ранней пубертатной психики, доминирование незрелости в сфере эмоциональности и реагирования, наличие регредиентной динамики позволяют говорить об ограниченной способности такого лица к осознанию общественной опасности своих действий и возможности руководить ими (ст. 22 УК РФ) (Макушкин, Гурьева, 2004).

У лиц с *клептоманией с обсессивным характером эго-дистонического* типа влечения преобладает идеаторная активность, период борьбы мотивов довольно продолжителен и не каждый раз заканчивается реализацией девиантного акта. При этом осознание фактического характера и общественной опасности деяния остается сохранным. Поэтому таких лиц следует расценивать как вменяемых.

Эти же соображения позволяют говорить о сохранности осознания фактического характера и общественной опасности своих действий и способности руководить *ими у лиц с расстройством зависимого поведения с обсессивным влечением к совершению краж.*

В случаях *эго-дистоничекого варианта компульсивного характера* влечений у лиц *с клептомании* интеллектуальный критерий невменяемости (понимание противоправности и наказуемости своих действий) остается интактным, однако волевая регуляция целенаправленной деятельности нарушается, в силу неодолимости возникающих побуждений на фоне сниженного аффективного фона. В таких случаях расстройство привычек и влечений оказывает существенное влияние на поведение пациента в ситуации деликта и является предпосылкой для рекомендации применения юридической нормы, предусмотренной ст. 22 УК РФ.

В случаях компульсивного характера влечения, когда осознание противоправности и наказуемости своих действий остается сохранным в межделиктный период, но реализация деликта происходит на фоне аффективно суженного сознания, можно говорить о нарушении двух компонентов (интеллектуального и волевого) юридического критерия невменяемости. В таких случаях всегда обнаруживается психопатологическая почва — шизотипическое расстройство личности с нарушениями мышления и нарушением сексуальной идентичности, психический инфантилизм, выраженные аффективные колебания в межделиктный период. В ситуации деликта синергичное действие всех психопате-

логических составляющих приводит к совпадению медицинского и юридического критериев невменяемости и, соответственно, к экскульпации больного.

Аналогично в случаях *компульсивного характера влечения в делинквентной группе* отмечается сохранность осознания своих действий при первичном нарушении способности руководить ими, что является основанием рекомендации ст. 22 УК РФ.

При *импульсивном варианте* реализация девиантного поведения происходит до того, как успевает осознаться импульс. Кражи совершаются на фоне помраченного сознания с последующей амнезией, что свидетельствует о нарушении как интеллектуального, так и волевого признаков юридического критерия, что позволяет экскульпировать данную категорию лиц.

По мере прогрессирования клептомании и наступлении этапа *эго-синтонического влечения или последнего этапа развития зависимости,* где влечение целиком сливается с личностью, встраивается в мировоззрение и приобретает сверхценный характер, первичной становится оценка интеллектуального критерия, поскольку у такого лица формируется своеобразное восприятие своего поведения. Оно рационализируется, «перестраивая» под себя интериоризированные моральные и социальные нормы. Установление эгосинтонического влечения в сочетании с характерными для развития зависимости дефицитарными расстройствами позволяет говорить об утрате пациентом возможности в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, т. е. рекомендовать применение ст. 22 УК РФ.

В случае, если эгосинтоническое влечение к совершению краж сочетается с аффективной патологией психотического регистра с выраженными дефицитарными изменениями психики, или происходит на фоне основного психопатологического расстройства, достигающего психотического регистра, или сопровождающегося частыми декомпенсациями психотического уровня, а также при совершении хищений импульсивного типа, возможно применение ст. 21 УК РФ.

При изначальной эго-синтонии (без предшествующей дистонии) в делинквентной группе обычно существует более глубокий уровень поражения психики — наличие шизофренического процесса или гебоидного синдрома при органическом поражении головного мозга. Эти ведущие расстройства определяли рекомендацию о невменяемости субъектов.

При выборе мер медицинского характера и разработке лечебно-реабилитационных программ для профилактики повторных общественно опасных деяний (ООД) целесообразно руководствоваться не только структурой имеющихся психопатологических расстройств, но применять и квалификацию этапа развития зависимого поведения и феноменов, присущих этому этапу, включая направленность влечения, его характер (обсессивное, компульсивное, импульсивное) и тип (дистоническое, синтоническое). Необходимо подвергать оценке каждый эпизод хищений и учитывать нередко сочетанный характер расстройств влечений (в том числе и агрессивных его форм), возможность изменения характера влечения внутри серии, способность перехода одного вида зависимого поведения в другое и их одномоментного сосуществования, континуальность выраженности (от закрепившегося стереотипа девиантного поведения до импульсивного расстройства).

22.6. Лечение пациентов с зависимыми кражами

Очевидно, что лечение таких пациентов чрезвычайно сложно. В первую очередь необходима терапия коморбидных психических расстройств или имеющейся патологи-

18 Зак. 3806

ческой почвы. Возможна попытка лечения расстройств влечений на основе опыта терапии более известных проявлений зависимости, главным образом химических вариантов зависимости. Несомненную роль должны играть специально разработанные психотерапевтические приемы. В литературе имеется немало сообщений о попытках использования некоторых психофармакологических средств. Об уменьшении частоты, реже — о полном исчезновении симптомов клептомании при назначении не только антидепрессантов, преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина, но и тимолитиков (финлепсина, вальпроата, топирамата), а также блокатора опиодных рецепторов — налтрексона и даже ЭСТ сообщают многие авторы (Ramelli et al., 1979; Burstein, 1992; Fishbain, 1987; McElroy, Pope et al., 1989, 1995; Chong, Low, 1996; Dannon, 2003 и др.). Фармакотерапию при клептомании считают обязательной даже психотерапевты бихевиорального и психоаналитического направлений (Keutzer, 1972; Schwartz, 1992). По мнению большинства исследователей, наиболее эффективна комбинированная терапия (Gudjonsson, 1987; Fishbain, 1987).

В целом терапия должна быть направлена не только на коррекцию нарушенного влечения, но и на коморбидные расстройства, в первую очередь эмоциональные. Это требует назначения антидепрессантов и тимолитиков. Учитывая то, что структура реализации компульсивного или импульсивного акта фактически неотличима от пароксизма, имеют смысл попытки назначения в подобных случаях антиконвульсантов. Нуждается в эмпирическом подтверждении представляющаяся нам рациональной идея о том, что в структуру психотерапевтического вмешательства (несомненно, в первую очередь бихевиорально-когнитивного) целесообразно внести компонент хобби-терапии или переключения пациента на иные, социально приемлемые формы зависимости или рискующего поведения с учетом удельного веса в динамике развития клептомании «замещающих» и «конкурирующих» аддикций.

ГЛАВА 23

ИНСТИНКТ — ПРИВЫЧКА — ВЛЕЧЕНИЕ: ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ КАК ФОРМЫ АДДИКЦИИ

В настоящее время отмечается четкая тенденция к расширенному толкованию понятия аддикции как состояния психической и/или физической зависимости самочувствия человека от наличия или отсутствия тех или иных психофизиологических эффектов, которые вызываются употреблением различных веществ, восприятием определенных физических, психических либо социальных сигналов, осуществлением или подавлением того или иного вида собственной активности. Это же касается *аддиктивного поведения,* т. е. поведения, направленного на достижение контакта с конкретными объектами или субъектами, на попадание в определенную ситуацию и реализацию соответствующей активности, с чем индивид связывает возможность удовлетворения аддиктивной потребности (Чернобровкина, Кершенгольц, 2005).

Так, В. Д. Менделевич и Р. Г. Садыкова (2002) выделяют следующие формы зависимостей и зависимого поведения: зависимости от психоактивных веществ или от веществ, вызывающих состояния измененной психической деятельности; зависимости пищевого поведения; сексуальные зависимости-парафилии (девиации и перверсии); сверхценные увлечения (гемблинг, фанатизм, интернет-зависимость), коммуникативные зависимости (характерологические и патохарактерологические реакции). Данную рубрикацию преимущественно социально-отвергаемой или/и индивидуально-тягостной аддиктивности можно расширить как в социально-психическом, так и в природно-психическом направлении, в частности, за счет работоголизма, сектомании и патологической жажды власти (рулемании), клептомании (Плиский, 1995), пориомании, пиромании, суицидомании и проч. (Егоров, 2005).

К крайнему — биопсихическому полюсу континуума адциктивного поведения относятся, на наш взгляд, *патологические привычные действия и,* в частности, *трихотиллomания,* возникающие в детском возрасте «эндогенно», т. е. без всякого внешнего навязывания потребности в их совершении и тем не менее в случае неблагоприятной динамики приобретающие все качества пагубного пристрастия, характерные для прочих форм аддикции (Антропов, Шевченко, 2000).

23.1. Общая клинико-патогенетическая характеристика патологических привычных действий

Проведенное исследование 260 пациентов (127 мужчин и 133 женщин) с патологическими привычными действиями, возникшими в детском и подростковом возрасте, позволило прийти к следующим выводам.

Сосание пальца, яктация, допубертатная мастурбация, онихофагия, трихотилломания представляют собой группу близких по природе и патогенезу нозологически неспе-

цифических расстройств поведения, характерных для детского и подросткового возраста, имеющих свои непатологические аналоги и проявляющихся в клинике в виде типичных дифференцированных симптомов и синдромов, рудиментарных и атипичных феноменов, а также в виде сочетания нескольких привычных действий. Наибольшая частота совместного существования отдельных вариантов ППД отмечается в парах: сосание пальца— яктация и трихотилломания — онихофагия.

ППД — это продуктивно-дизонтогенетические феномены регрессивного характера, возникающие в результате фиксации инстинктивных поведенческих моделей, физиологичных для раннего возраста, либо вследствие возврата к ним в более поздние возрастные периоды в рамках психогенных заболеваний, церебрально-органических состояний, общих или парциальных задержек и аномалий нервно-психического развития, эндогенных депрессий, шизофрении и других нозологических форм. С наибольшей частотой ППД возникают при патологических состояниях, развитие которых определяется сочетанием психогенных, энцефалопатических и наследственно-конституциональных факторов. Диалектическое взаимодействие указанных факторов определяет дальнейшую динамику ППД и личности пациентов.

Такие этологические феномены, как сосание пальца, раскачивания телом и головой, допубертатная мастурбация, грызение ногтей, выдергивание волос могут быть представлены как эволютивные звенья единой психобиологической цепи: филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, полового, исследовательского, груминг-поведения: естественное инстинктивное поведение новорожденных и детей раннего возраста, отражающее сомато-вегетативный уровень нервно-психического реагирования (по Ковалеву, 1979; 1985); гиперкомпенсаторное стереотипное поведение, обусловленное дизонтогенетическими механизмами психогенных, церебрально-органических или эндогенных заболеваний; индивидуальная привычка условно патологического или патологического характера как относительно автономная поведенческая система, осуществление которой стало потребностью; психопатологические симптомы и синдромы, сформировавшиеся на почве перечисленных выше поведенческих моделей и отражающие клинические закономерности основного патологического процесса или состояния.

Ранними клиническими критериями отграничения ППД от их непатологических аналогов у детей являются следующие:

1) учащение эпизодов осуществления тех или иных инфантильных психомоторных реакций (сосания пальца, раскачиваний, манипуляций частями тела, собственными волосами) вместо естественной возрастной редукции либо возникновение их в возрасте свыше 3 лет;

2) увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике;

3) сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожденных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу раннего детского аутизма, дисгармонического инфантилизма и проч.).

Имеются в виду не только более общие по отношению к усиленной телесной аутоактивности признаки нарушения созревания, но и вторичные дизонтогенетические образования (психогенные личностные «комплексы», патохарактерологические реакции и развития, страхи физического и морального ущерба и проч.);

4) генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и подергивание не только собственных волос, но и волос матери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, игрушек, любых пушистых пред-

метов, сосание и кусание все возрастающего количества предметов, мебели, постельного белья, одежды, разнообразие способов раздражения гениталий);

5) нарастание полиморфизма физиологических предшественников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулирования волосами или гениталиями в различных сочетаниях);

6) выход поведенческих реакций за первоначальные границы условий их осуществления (появление стремления сосать палец не только перед едой или сразу после кормления, раскачиваться не только при засыпании, манипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немонотонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенсаторной роли рассматриваемых этологических штампов, приобретение ими качества автономного функционального образования;

7) приобретение ими ритуального характера с жестко фиксированной последовательностью и сочетанием совершаемых действий, проявляющихся стереотипно, по типу клише, с отношением к ним как к чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы;

8) доминирование этих реакций над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекательной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерывании, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т. п.;

9) извращенный характер субъективного удовольствия, получаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, самоповреждения (вырывание волос, порой с последующим их проглатыванием; ушибы головы, щипание и кусание себя, что ведет к нарушению роста волос, незаживающей мацерации кожи, искривлению зубов, уплощенИю пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазыванию пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т. п.).

Наличие одного из трех последних критериев, характеризующих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (навязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые влечения), или любое сочетание более чем двух признаков из шести предыдущих дает основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические симптомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии, в известной степени, отражают закономерности перехода возрастной и клинической динамики патологических привычных действий от физиологического двигательного феномена к индивидуальной непатологической, условно-патологической или явно патологической привычке, а также — к возможной дальнейшей динамике развития последней в сторону приобретения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства.

Крайние случаи ППД представляют собой клинические варианты синдрома-болезни и весьма резистентны к терапии вследствие утраты мотивов привычного поведения опосредованного характера и приобретения ими доминирующего положения в иерархии мотивов. Такие варианты характеризуются нарушением социальной адаптации ребенка в семье и детском коллективе и искажением процесса созревания личности.

Ранними социально-психологическими критериями приобретения индивидуальными привычками собственно патологического качества могут быть следующие:

1) противоречие проявлений привычного поведения социальным нормам конкретной общественной среды;

2) внедрение привычных стереотипов в структуру естественной для ребенка игровой, познавательной, творческой и коммуникативной деятельности;

3) нарушение процесса формирования и соподчинения онтогенетических уровней общения (Лисина, 1986);

4) отклонения в развитии, функционировании и взаимодействии онтогенетических уровней базальной системы эмоциональной регуляции за счет гиперфункции «уровня стереотипов» (по В. В. Лебединскому и соавт.).

Динамика затяжного синдрома ППД характеризуется последовательной сменой этапов — *преходящих поведенческих реакций,* возникающих вначале в ответ на тот или иной специфический стимул и несущих компенсаторную функцию, связанную с питанием, сном, исследовательским или очищающим поведением, а в дальнейшем приобретающих характер универсального ответа на любой неспецифический стресс: этапа *устойчивого поведенческого стереотипа,* т. е. системного поведенческого расстройства, для сохранения которого не требуется дополнительной стимуляции; этапа вторичных личностных реакций на существующую привычку, ее физические и социальные последствия.

Статистически достоверно ухудшают прогноз ППД следующие факторы:

- возникновение ППД по типу фиксации инстинктивных поведенческих моделей в раннем возрасте либо по типу регресса к ним под влиянием острого психического стресса;
- развитие и существование ППД на фоне невропатии, минимальной мозговой дисфункции, соматической ослабленности, вегетативно-сосудистой дистонии;
- приобретение привычным поведением качеств продуктивных психопатологических расстройств (навязчивых, истерических, сверхценных, кататонических), а также выраженность их в структуре компонента патологически усиленного влечения;
- непрерывный тип течения ППД с отсутствием периодов исчезновения специфических поведенческих стереотипов на месяц и более;
- тревожно-фобический, депрессивный, ипохондрический характер внутренней картины болезни независимо от того, в рамках какой нозологической формы ППД являются ведущим синдромом;
- наличие источника хронического эмоционального и физического стресса, связанного с отсутствием у детей с ППД психологической готовности к школьному обучению (школьной зрелости) ко времени начала учебы.

Экспериментально-психологическое обследование больных с трихотилломанией подтверждает обоснованность клинико-психопатологического подразделения неэндогенных случаев данного синдрома-болезни на невротические и неврозоподобные. Это обусловливает необходимость дополнения общих лечебных мероприятий, касающихся единых звеньев патогенеза, специфическими для той или иной формы психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями, что связано с наличием или отсутствием психогенетических механизмов патогенеза и с особенностями внутренней картины болезни.

Клинико-энцефалографическое изучение трихотилломании дает основание подразделять неврозоподобные формы ППД на первично-дизонтогенетические и вторично-энцефалопатические (по В. В. Ковалеву), в соответствии с преимущественной представленностью в клинической картине и данных параклинических исследований проявлений

задержки созревания анатомо-функциональных систем мозга или их «органической» дисфункции.

Церебральный эффект различных патогенных факторов (энцефалопатических, психогенных, дизонтогенетических или сочетанных), проявляющийся в гиперактивности подкорковых структур и гипотонусе коры, диктует необходимость патогенетически обоснованной биологической терапии, направленной на оптимизацию работы мозга, способной обеспечить дозревание или восстановление онтогенетических механизмов корково-подкорковой субординации (ноотропы, стимуляторы).

Первично адаптивный характер врожденных поведенческих стереотипов в виде раскачиваний, сосания пальца, манипуляций с половыми органами, волосами, грызения ногтей и более элементарных автоматизмов проявляется в том, что в конфликтных ситуациях они возникают по этологическим механизмам «смещенной» или «переадресованной» на себя активности (Tinbergen, 1951; Lorenz, 1965), обеспечивающей разрядку эмоционального напряжения, самоуспокоение, отгорожение от сверхсильных раздражителей и т. п.

В последующем этот способ эмоциональной саморегуляции закрепляется в качестве универсального ответа на любой физический или эмоциональный дискомфорт, а само осуществление привычного поведения становится потребностью. При этом фиксации инстинктивных моделей способствует как естественная инертность, присущая этим древним филогенетическим структурно-функциональным системам, так и невротическая или психоорганическая инертность, связанная с психогенной или энцефалопатической природой обусловившего их патологического состояния, его «органической» почвой, либо невротическими осложнениями.

С течением времени повторяющиеся стереотипы, дополняясь условно-рефлекторными связями, приобретают функциональную автономию и сохраняются, в силу отсутствия достаточных стимулов для альтернативного поведения и качества устойчивого патологического состояния (по Бехтеревой, 1988).

Возрастная предпочтительность формирования дифференцированного варианта ППД характеризуется общей тенденцией к регрессу, однако в ряде случаев расстройство сохраняется годами, нарушая психический онтогенез и искажая формирующуюся личность. Наиболее неблагоприятный прогноз имеет трихотилломания, сохраняющаяся в качестве ведущего расстройства у 50% взрослых, что сопровождается их нажитой психопатизацией с приобретением эмоционально-лабильных и/или аутистических черт характера.

Специфика ППД как системных поведенческих расстройств обусловливает необходимость динамического подхода к их нозологической диагностике. В случае невозможности отнести их к более общему психическому заболеванию и приобретения качества ведущего психопатологического нарушения (синдрома-болезни), ППД следует классифицировать в качестве самостоятельной номенклатурной единицы — функциональных продуктивно-дизонтогенетических расстройств поведения регрессивного характера, с возможной более тонкой дифференциацией в рамках единого шифра.

Такие особенности ППД, как особая легкость возникновения по разным, в том числе достаточно случайным причинам, стойкая последующая фиксация и автоматизация сложного многокомпонентного двигательного паттерна, идентичность ППД в разных популяциях и культурах, наличие рудиментарных предшественников их в период внутриутробного развития и физиологических аналогов в раннем онтогенезе, имеющих адаптивное значение, а также традиционная социализация их у разных народов могут быть объяснены генетической запрограммированностью соответствующего поведения, обусловлен-

ной его филогенетической природой. Последнее подтверждается сравнительным анализом этих форм поведения у человека и животных, обнаруживающим их видоспецифический характер (Ладыгина-Коте, 1935; Дерягина, 1997).

Патогенетически обоснованное лечение больных с ППД должно строиться с учетом:

- комплексного общебиологического, психофармакологического и психотерапевтического воздействия на энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные факторы, лежащие в основе развития психического нарушения и поддерживающие устойчивое патологическое состояние;
- воздействия на саму инертную систему фиксированного поведения с учетом его психопатологического качества;
- психокоррекции личности пациента и структуры его межличностных отношений с целью формирования более зрелых форм психической саморегуляции и социального функционирования.

Проведенное исследование подтвердило эффективность серотонинэргических антидепрессантов в отношении трихотилломании (Swedo, Rapoport, 1991) и в то же время позволило уточнить показания к их применению. Наибольшая эффективность этих препаратов отмечена при ядерном (продуктивно-дизонтогенетическом) варианте привычных действий, обсессивно-компульсивной структуре синдрома, а также при их возникновении на фоне первичной депрессии. Перспективным представляется использование при данном психопатологическом варианте синдрома современных, но малоизученных в детской практике антидепрессанта коаксила и нейролептика рисполепта (а также их сочетания). Приобретение патологическими привычками качества навязчивых и неодолимых влечений либо осложнение синдрома вторичными, личностно-реактивными депрессивными образованиями на третьем этапе его развития сопровождалось потерей чувствительности к кломипрамину и серотонинэргическим антидепрессантам (флуоксетину, флувоксамину). В этих случаях более эффективными оказались неулептил, аминазин, сонапакс (при выраженности патологического влечения к выдергиванию волос), а также трициклические антидепрессанты и транквилизаторы (амитриптилин, алпразолам, финлепсин, феназепам). Наличие энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов, лежащих в основе патогенеза ППД, определяет обоснованность назначения в качестве базисных препаратов ноотропов и психостимуляторов, обеспечивающих дозревание структурно-функциональных систем мозга и повышение тонуса коры, что облегчает проведение психотерапии и психокоррекции.

Хронический характер большинства случаев ППД, их резистентность к лечебным воздействиям предопределяет необходимость усиления эффективности последних за счет воздействия на больного в форме эмоционально-стрессовой психотерапии и других способов дестабилизации устойчивого патологического состояния.

Использование технического устройства, работающего на принципе биологической обратной связи и подающего звуковой сигнал о приближении руки к голове во время неконтролируемого сознанием привычного патологического навыка, дает основание говорить о перспективности применения в психиатрии аппаратов, построенных по данному принципу, для обеспечения активного сознательного контроля при лечении ППД и других высокоавтоматизированных двигательных стереотипов (Шевченко, Васильев, 1994).

Дизонтогенетическая природа ППД обусловливает необходимость проведения онтогенетически ориентированных приемов психотерапии и психокоррекции детей с подобными формами расстройств. Основной принцип разработанной на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) интегративной пси-

хотерапии (Шевченко, 1999) методики интенсивно-экспрессивной терапии (ИНТЭКС) — это решение актуальных для ребенка и его микросреды проблем на основе гармонизации личности и семьи за счет оживления онтогенетических ранних форм психической саморегуляции и общения (в том числе невербального) и одновременной стимуляции соответствующей психологическому возрасту ребенка «зоны ближайшего развития» индивидуально- и социально-психических уровней его личности (Шевченко, Добридень, 2004).

Нозологическая неспецифичность ППД обусловливает единство принципов их первичной профилактики с общими положениями психогигиены детей и подростков. Наиболее существенным условием развития и воспитания детей, имеющим значение для предупреждения возникновения и фиксации инстинктивных поведенческих стереотипов, является обеспечение врожденных потребностей ребенка в телесном контакте (в частности, в процессе кормления грудью), двигательной активности, ритмической стимуляции, исследовательском поведении, постоянном и эмоционально насыщенном контакте с близкими людьми (прежде всего с матерью), что наиболее актуально в раннем возрасте.

Возникновение компенсаторных стереотипных действий первым делом должно настраивать родителей, воспитателей и педиатров на поиск и ликвидацию источников эмоционального и физического дискомфорта, психической депривации, а также на развитие социализированных форм реализации инстинктивного поведения, обеспечение отвлекающих от стереотипии альтернативных психотехнических приемов сенсорной и двигательной регуляции эмоционального тонуса и формирование соответствующих возрасту высших потребностей.

Выявление ранних признаков трансформации индивидуальной привычки в ППД диктует необходимость своевременного обеспечения специализированной психиатрической помощи (в том числе и детям раннего возраста), включающей психотерапевтические, психокоррекционные и медикаментозные мероприятия (Антропов, Шевченко, 2000).

23.2. Трихотилломания (ТХМ) как «эндогенная» форма расстройств привычек и влечений

По уточненным анамнестическим данным, ТХМ в форме развернутого и стойкого синдрома либо преходящих и рудиментарных манипуляций с волосами лишь в 38 из 80 случаев была единственным видом специфического поведения, относящегося к ППД или их физиологическим прообразам. В остальных 42 наблюдениях в анамнезе пациентов отмечались и другие варианты стереотипного поведения в виде ППД или их непатологических аналогов, которые предшествовали, сочетались с ТХМ либо оставались после привычного манипулирования с волосами. Это подтверждает близость ТХМ и других привычных действий и особую тропность ее онихофагическому поведению. Из 62 дополнительных радикалов специфической активности у 42 детей с ТХМ на онихофагию приходятся 29, на сосание пальца и дерматотлазию — по 13, на яктацию и мастурбацию — по3.

Окончательные диагнозы в этой группе распределились следующим образом. Собственно трихотилломания (как синдром-болезнь) в соответствии с критериями МКБ-10 (шифр F63.3) диагностирована у 28 больных. В остальных случаях синдром трихотилломании, в соответствии с нозологическими принципами отечественной психиатрии, расценен как ведущее или факультативное проявление более общего заболевания, патологического состояния либо аномалии развития.

В 23 случаях определен диагноз психогенного заболевания. В 7 наблюдениях трихотилломания расценена как вариант системного (моносимптомного) невроза, определяемого по тем же принципам, что и невротические формы заикания, энуреза (Симеон, 1958; Сухарева, 1959; Буянов, 1995; Ковалев, 1979) и психогенные психосоматические расстройства — «органные неврозы» (Карвасарский, 1990; Исаев, 1996).

К общим неврозам отнесены 8 наблюдений. У 5 пациентов трихотилломания наблюдалась в рамках невроза навязчивых состояний, у двоих — истерии и у одного — неврастении. Реактивная депрессия и депрессивный невроз диагностирован у 4 пациентов и недифференцированные невротические реакции — у двоих.

Еще двум пациентам поставлен диагноз депрессивного (невротического) развития личности в связи с вторичными реакциями на длительно существующую трихотилломанию, осложненную тяжелым косметическим дефектом и социально-психологической дезадаптацией. Эти два случая, с одной стороны, иллюстрируют неблагоприятную динамику ТХМ как синдрома-болезни и в этом смысле могут рассматриваться в качестве ее отдаленного этапа, а с другой — подтверждают известную мысль П. Б. Ганнушкина (1933) об условности границы в малой психиатрии.

Группу ТХМ в рамках врожденных аномалий развития составили 7 человек: 2 детей с психофизическим и органическим дисгармоническим инфантилизмом, 2 — задержкой психического развития и 3 — с олигофренией (2 — в степени дебильности и 1 — имбецильности).

ТХМ в рамках резидуально-органических состояний диагностирована у 11 детей. У 3 детей патологическое состояние определялось психоорганическим синдромом, у 5 — неврозоподобным и/или психопатоподобным синдромами вследствие остаточных явлений раннего органического поражения головного мозга, в том числе т. н. «органической» невропатией (по Мнухину, 1968). У 3 детей привычное манипулирование волосами, сопровождающееся их экстирпацией, отмечалось в рамках синдрома двигательной расторможенности (гиперактивности с дефицитом внимания) на почве минимальной мозговой дисфункции.

В рамках психических заболеваний синдром трихотилломании наблюдался у 10 пациентов. У двух установлен диагноз атипичной (маскированной) эндогенной депрессии и 8 — шизофрении. В последней подгруппе трихотилломаническое поведение осуществлялось на фоне ведущего депрессивного, депрессивно-параноидного (по 2 наблюдения) и депрессивно-обсессивного (1 наблюдение) синдромов, а также синдрома патологического фантазирования (2 наблюдения) и смешанного неврозоподобного-психопатоподобного симптомокомплекса (1 наблюдение).

Следует отметить, что при анализе всех выделенных диагностических групп почти в каждом наблюдении обнаружено присутствие в клинической картине сочетания признаков психогенных, дизонтогенетических и энцефалопатических механизмов патогенеза. Лишь у 3 из 80 пациентов с ТХМ отсутствовали клинические (не говоря уже о параклинических) признаки органической церебральной недостаточности, и только у 15 из 70 пациентов с неэндогенной патологией не обнаруживались те или иные психогенные образования. При этом последние не обязательно носили вторично-реактивный характер по отношению к патологической привычке и ее физическим проявлениям.

Первым этапом динамики трихотилломании является, как правило, реактивное возникновение усиленных манипуляций с волосами, спровоцированное эмоциональным и/или физическим дискомфортом. Поводом для появления специфического поведения могут быть самые различные дестабилизирующие моменты: нарушения режима, резкая смена жизненного стереотипа, разлука с близкими, поступление в дошкольное или

школьное учреждение, госпитализация, смена детского коллектива, соматическая астенизация, повышение учебной нагрузки, семейный или школьный конфликт, развод родителей или рождение сибса, бурное начало пубертатного криза, местное раздражение кожи, острый испуг, физические и психологические проявления той или иной болезни, например, педикулеза и прочее.

Кстати, на модели педикулеза, следствием которого явилась ТХМ у трех наших пациентов, наглядно видно комплексное взаимодействие эмоционального стресса (осознание факта заразного паразитарного заболевания), физического дискомфорта (обработка волос жидкостями, вызывающими зуд кожи головы) и связанного с ними целенаправленного груминг-поведения (поиск гнид, «проверочные» экстирпации), что в последующем фиксируется и преобразуется в патологическую привычку, потерявшую смысловую связь с вызвавшими ее моментами. Тот же механизм проверочных экстирпаций отмечен у больных идиопатической и симптоматической алопецией, психосоматическими заболеваниями, сопровождающимися кожным зудом. Рефлекторное почесывание головы, кручение и подергивание волос в ряде случаев возникали в связи с головной болью.

Усиленное внимание к собственным волосам может быть обусловлено их восхищающей всех окружающих пышностью и красотой, что делает волосы уязвимым объектом для прямого и символического самонаказания. У одной из наших пациенток интерес к волосам как первый этап ТХМ возник после ритуального отрезания пряди «на память бабушке».

Как проявление эмоционального напряжения, волнения при затруднениях в учебе, неразрешимых конфликтных переживаниях, подавляемой агрессии, недовольстве собой или отчаянии, трихоманическое поведение возникало непроизвольно, в качестве регрессивной этологической реакции в форме усиленного груминга по механизму смешенной активности (Tinbergen. 1951).

Суть последнего заключается в том, что в стрессовой ситуации, когда ни один из конфликтующих мотивов поведения не в состоянии возобладать или уступить, двигательное выражение эмоционального напряжения проявляется в, казалось бы, не связанной с ситуационным контекстом активности. У взрослых людей это поправление прически, галстука, манжет, стряхивание несуществующих пылинок с одежды, неуместное закуривание, причесывание и другие достаточно элементарные и высокоавтоматизированные навыки. Поскольку они воспроизводятся не по «прямому назначению», а для разрядки напряжения, то нередко осуществляются с усиленной энергией. Чем младше ребенок и беднее его репертуар благоприобретенных, воспитанных навыков, тем чаще в качестве смещенной (выражающей «смещение») активности выступают навыки врожденные, входящие в инстинктивные модели пищевого, полового, территориального, груминг-поведения. J. L. Rapoport(1988) приводит указанный механизм в качестве биологической основы навязчивых действий и трихотилломании.

Другой этологической предпосылкой трихотилломанических реакций может быть механизм переадресованной агрессии (Lorenz, 1965), способный направлять подавляемую злобу и раздражение по отношению к обидчику на нейтральных лиц, случайные объекты, а также на собственное тело.

В ряде наблюдений привычка крутить волосы, подергивать их, играть с ними, выщипывать ворс, подбирать и сосать все пушистое и другие проявления трихоманического поведения (как непатологическая или условно-патологическая привычка) отмечаются с грудного возраста, сочетаясь, как правило, с другими врожденными поведенческими стереотипами, и сохраняются в течение ряда лет, так и не дополняясь экстирпацией соб-

ственных волос, т. е. не переходя в первично-дизонтогенетическую (по Ковалеву, 1979) трихотилломанию.

В других случаях такая трансформация происходит и бывает спровоцирована психо- или соматогенной вредностью. В возрасте 2-3 лет провокацией для такого перерождения индивидуальной привычки может служить затрудненная адаптация к детскому учреждению, постгриппозная астения и т. п.

Возникает вопрос о критериях трансформации индивидуальной непатологической привычки в патологическую. На первый взгляд ответ на него в случае трихоманического поведения более прост, чем при других вариантах ППД. Разграничительным признаком можно считать факт экстирпации волос во время повторяющихся манипуляций с ними.

В то же время данный признак при всей его убедительности нельзя считать ни единственным, ни бесспорным. Человек в норме ежедневно теряет определенное количество волос, которые затем регенерируют. Уход за волосами, расчесывание их, приглаживания и даже выщипывание входят в привычный гигиенический и косметический ритуал человека. Количественный критерий потери волос от манипуляций с ними, ощупывания головы, потирания век практически невозможен, а ориентация на возникновение участков облысения вследствие таких манипуляций столь же малоэффективна и запоздала, как ориентация на нарушение роста зубов и уплощение пальца при его привычном сосании.

Другая сторона данного вопроса — можно ли считать непатологическим любое привычное манипулирование волосами, если оно не сопровождается их выдергиванием. Данные настоящего исследования показали, что в отдельных случаях длительно существующая привычка крутить и потягивать волосы настолько нарушала трофику кожи головы, что приводила к истинному облысению — травматической алопеции.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости использовать группу количественных и качественных критериев, позволяющих своевременно обнаруживать трансформацию непатологических поведенческих моделей в ППД.

Этап первичной поведенческой реакции (длительность которого колебалась от нескольких дней до 2-3 месяцев) в одних случаях заканчивался полным выздоровлением в результате нормализации соматического состояния и своевременной ликвидации субъективно значимых источников психического и/или физического стресса, в других случаях сменялся этапом автоматизированного поведенческого стереотипа — *вторым этапом динамики ТХМ.*

На данном этапе динамики синдрома стереотипные реакции манипулирования с волосами выходили за границу условий их первоначального осуществления и приобретали характер универсального ответа на различные источники эмоционального или физического дискомфорта и в конечном счете теряли в значительной степени свой компенсаторный, адаптивный характер.

На этапе поведенческого автоматизма привычка приобретала качества сложного фиксированного поведенческого ритуала. Из определенного участка головы (чаще макушки или боковой поверхности) пальцами ведущей руки (иногда волосы выдергиваются как одной, так и другой рукой) выбирается волос (обычно один), который чем-то отличается от других в перебираемой пряди (слишком жесткий, неровный, вьющийся или наоборот — ровный) и выдергивается сразу либо после потягиваний, накручиваний на палец и других действий с ним. Затем обычно волос рассматривается, сосется, обнюхивается, жуется, иногда поедается, разрывается или скручивается. Особое внимание нередко придается луковице, которая обкусывается, разжевывается («они вкусные, кисленькие»), глотается либо выплевывается. В тех случаях, когда луковица ошибочно при-

нимается за гниду, она раздавливается между ногтей. Особое удовольствие доставляет щекотание влажным концом волоса губ, кожи носогубного треугольника. После серии описанных выше манипуляций волос выбрасывается, складывается в кучу или карман либо вместе с другими вырванными волосами скатывается в клубок.

Чем дольше существует привычка, тем более автоматизированным становится сложившийся поведенческий навык, ведь его осуществление не требует активного внимания и происходит как бы само по себе наряду с основным занятием (чтение книги, подготовка уроков, просмотр телепрограмм, разговор по телефону и прочее). Характерно, что дети, даже заболевшие в школьном возрасте, как правило, затрудняются в детальном описании своей привычки, несмотря на то что она сформировалась из произвольных и вполне осознанных процедур, например из проверочных манипуляций, действий, связанных с приметой (загадывание желания по выпавшей, а затем специально вырываемой реснице).

Поведенческий стереотип, возникший в грудном и раннем возрасте и, как правило, первоначально осуществлявшийся при засыпании или на фоне недовольства, тревоги, эмоционального напряжения, долгое время не осознавался ребенком и начинал восприниматься им как произвольные действия порой лишь в дошкольном возрасте после образования заметного косметического дефекта.

Затруднено получение от пациентов и сведений о продолжительности эпизодов выдергивания волос, их частоте, количестве аутодепиляций в течение одного эпизода.

Это наводит на мысль о значительной автоматизированное™ ППД, присутствии в их основе большого числа условно-рефлекторных механизмов.

В целом можно говорить о большой вариабельности количественных характеристик синдрома ТХМ на этапе поведенческого стереотипа. Сессии выдергивания волос длятся от 2-3 и более часов. В течение этого времени удаляется до несколько сотен волос. Иногда выдергивание происходит во время повторяющихся коротких эпизодов, когда каждый раз экстирпируется только несколько штук.

Характерно, что параллельно автоматизации вторично-психогенной или вторично-энцефалопатической (возникших после 3-летнего возраста) поведенческой модели болезненность в момент вырывания волоса исчезала практически у всех пациентов. При первично-дизонтогенетической(развившейся в раннем возрасте) ТХМ болезненность, по-видимому, не ощущалась с самого начала. Восстановление чувствительности при выдергивании волос происходило параллельно редукции патологической привычки.

У одних детей манипуляции характеризовались строго определенной локализацией и после образования ограниченного участка облысения в виде дорожки или проплешины неправильной формы соседние участки не подвергались депиляции. После отрастания волос выдергивание возобновлялось в тех же местах. Другие дети распространяли экстирпацию по всей поверхности головы, что приводило к общему разрежению волосяного покрова либо к почти тотальному облысению.

У этих детей постоянное беспокойство рук сочеталось с тягой ко всему пушистому, ворсистому. Они с раннего возраста постоянно что-то теребили в руках, выдергивали шерсть из одеяла, кофты, медвежьей шкуры. При попытках родителей помешать их манипуляциям с собственными волосами дети начинали тянуться к заменяющему их объекту, пытались выдергивать волосы у своих близких. В отдельных случаях имели место попытки выдергивать волосы у сибса или других детей.

Таким образом, в одних случаях в структуре рассматриваемой поведенческой системы у одних детей доминировало сенсомоторное звено пальцев рук, а у других — сенсорное звено кожи волосистой части головы. Центральным звеном поведенческой

системы является ее эмоциогенный эффект, компенсирующий те или иные эмоциональные нарушения, обязательно присутствующие в клинической картине патологического состояния, в рамках которого развивается синдром ТХМ. Это относится не только к психогенным, но и непсихогенным состояниям, таким как невропатия, психоорганический синдром, эндогенная депрессия и т. д.

Системная поведенческая модель в форме ТХМ на втором этапе своей динамики приобретала универсальный полифункциональный характер и, частично оторвавшись от вызвавших ее первичных этио-патогенетических механизмов, осуществлялась в разнообразных ситуациях и при различных функциональных состояниях организма.

Так, у большинства пациентов патологические манипуляции с волосами производились в состоянии активного бодрствования, однако только у 45 из 74 обследованных это была единственная характеристика сознания, связанная с ТХМ. Многие дети совершали свои манипуляции при засыпании, во время поверхностного сна или в период пробуждения, на фоне сниженного уровня активности. В четырех случаях патологическое поведение возникало на фоне аффективно суженного сознания.

По своей эмоциогенной значимости ситуации, провоцирующие актуализацию потребности в совершении привычных действий в период бодрствования, распределились следующим образом (152 насчитанные ситуации приняты за 100%). Чаще всего (в 18,5% случаев) ППД в форме ТХМ возникали в ситуациях, вызывающих у детей эмоциональное напряжение, волнение, недовольство. В 14,4% случаев привычка реализовывалась в ситуациях, провоцирующих у ребенка тревогу, страх. По 12,5% приходится на ситуации скуки или заинтересованности на фоне двигательной пассивности (чтение, просмотр теле- и видеопрограмм и т. п.). 7,9% провоцирующих ситуаций связано с переживанием грусти, тоски, а 5,9% — чувства гнева. В 5,3% случаев привычка возникала в состоянии усталости, физического или психического утомления. По 3,9% приходится на состояния растерянности, недоумения или переживания физического дискомфорта, зуда, боли. В 2,8% случаев трихотилломаническое поведение возникало на фоне задумчивости, погруженности в собственные мысли, мечты, образные фантазии. Лишь в 8,7% часто возникающие в течение дня эпизоды ТХМ трудно было связать с той или иной типичной ситуацией. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев привычные действия, несмотря на их патологический характер, и на втором этапе своей динамики сохраняли в большей или меньшей степени компенсаторно-приспособительный смысл и служили своеобразным психотехническим приемом саморегуляции, специфическим ответом на неспецифический стресс.

Наибольшая клиническая предпочтительность провоцирующих стрессогенных ситуаций отмечалась в группе психогенных ППД. ТХМ в рамках системного или общих неврозов, невротической депрессии и невротических реакций проявлялась в ситуациях, вызывающих тревогу и страх, а также эмоциональное напряжение (волнение в связи с предстоящими экзаменами, ответом у доски, выполнением контрольной работы и т. п.).

У детей, отнесенных к группе с признаком «патологические привычные действия (без дополнительных указаний)» и, в данном случае, шифруемых как пациентов с собственно «трихотилломанией», т. е. с рассмотрением их патологии в качестве синдрома-болезни, манипуляции возникали обычно в тех же ситуациях, а также были связаны с заинтересованностью каким-либо занятием.

Дети из группы с резидуально-органическими состояниями (вторично-энцефалопатическая форма ТХМ) чаще всего начинали манипулировать с волосами на фоне эмоционального напряжения, а также на фоне усталости, тоскливого или гневливого настроения.

У детей с интеллектуальной недостаточностью ТХМ проявлялась чаще на фоне скуки, реже это было выражением грусти или радостного возбуждения.

У больных шизофренией и эндогенной депрессией ТХМ часто не была связана с какой-либо типичной ситуацией или же возникала на фоне углубления депрессивного аффекта, а также — в состоянии эмоциональной заинтересованности, задумчивости.

При сравнении смысла компенсаторного эффекта трихотилломанического поведения с тем же значением яктации и сосания пальца можно отметить, что, как онтогенетически более поздний вариант ППД, синдромально привязанный к аффективному и эмоционально-идеаторному уровням нервно-психического реагирования (по Ковалеву, 1979), ТХМ в меньшей степени обладает сомато-вегетативными эффектами (в частности, усыпляющим действием поведенческого стереотипа) и в большей степени приобретает характер психотехнического приема эмоционально-аффективной саморегуляции.

В то же время, как и при других видах ППД, тот или иной компенсаторный результирующий эффект рассматриваемой привычки имеет свою клиническую предпочтительность. Это имеет значение как для выработки психотерапевтической стратегии (в частности, ориентации ее на конкретные психогенетические механизмы ТХМ), так и выбора конкретной тактики в отношении самого синдрома (подавление «пустой», полностью потерявшей адаптивный смысл привычки, ее социализация либо альтернативная замена).

Если знание ситуаций, провоцирующих нежелательную активность, служит основой для бихевиоральной работы над болезненным поведением, то понимание компенсаторного психотехнического эффекта условно или явно патологической привычки позволяет направить лечебные усилия по клинико-патогенетическому руслу, а данные о личностных особенностях больных с тем или иным вариантом ТХМ позволяют дополнить лечебные усилия психокоррекционными и воспитательными мероприятиями.

Сопоставим характеристику преморбидных личностных особенностей обследованных детей (выявленных на основе углубленных анамнестических сведений) с результирующим эффектом привычных манипуляций (уточненным благодаря самоотчетам пациентов и наблюдениям за ними до и после трихотилломанических эксцессов).

В достаточно широком спектре преморбидных характерологических особенностей детей с ТХМ, включающем как тормозимые, так и возбудимые радикалы, наиболее часто отмечались такие, как эмоциональная лабильность, истероидность, тревожность, выступающие в одних случаях в качестве ядра соответствующей акцентуации (Личко, 1983; Leonhard, 1976), в других — как один из компонентов достаточно гармоничной личностной структуры.

В диагностической подгруппе ТХМ как синдрома-болезни ППД (б.д.у.) у 11 из 28 обследованных имело место своеобразное сочетание акцентированных эмоционально-лабильных и истероидных черт, что придавало характерологическому портрету детей дисгармонические особенности и выражалось в их поведении контрастными проявлениями. Один и тот же ребенок мог быть и очень ласковым, и весьма требовательным, добрым и эгоцентричным, неуверенным и упрямым, сенситивным и стеничным, тормозимым и гиперактивным, восторженным и пессимистичным, «артистичным» и «домашним», «оккупантом» дома и «паинькой» в школе. У 5 обследованных сочетались в характере черты гипертимности, эмоциональной живости, импульсивности, стремления к лидерству с тревожностью, неуверенностью и ранимостью. Еще у 5 наблюдаемых сенситивность сочеталась с эмоциональной лабильностью (3 случая) или шизоидностью, 3 ребенка отличались с детства упрямством и своеволием, в 2 случаях можно было говорить о явной акцентуации по истероидному типу, 2 детей характеризовались тормозимостью, пассивностью и зависимостью.

Среди детей с ТХМ в рамках психогенных состояний контрастные черты характера, преобладающие в предыдущей группе, отмечались у 5 пациентов. Еще у 5 детей доминировали истероидные черты, при этом у 1 ребенка они сочетались с тревожно-мнительными радикалами. Характер 4 детей соответствовал акцентуации эмоционально-лабильного типа, а 2 — астено-невротической акцентуации. 4 детей характеризовались в преморбиде тревожной мнительностью, робостью и застенчивостью (на этой почве под влиянием затяжного депрессивно-невротического состояния сформировались псевдоаутистические радикалы. У 2 девочек нормостенический преморбид определялся эмоциональной живостью, стеничностью, активностью, лидерскими тенденциями, «мальчишеским» поведением.

Из 12 детей с энцефалопатическими формами ТХМ черты психоорганической психики в 3 случаях сочетались с контрастными характерологическими радикалами. У 1 ребенка имела место эпилептоидная, у 2 — истеро-эпилептоидная акцентуация. 5 детей отличались вялостью, медлительностью, тормозимостью в сочетании с эмоциональной лабильностью и склонностью к дисфориям. Личностный склад 1 ребенка определялся дисгармоническим инфантилизмом.

2 детей с задержкой психического развития и 1 с олигофренией отличались вялостью, пассивностью, эмоциональной невыразительностью, 2 других олигофренов имели в своем характере аффективно-возбудимые и неустойчивые радикалы, так же как 1 ребенок с невропатией и 1 ребенок с психическим инфантилизмом.

Эффект *от реагирования* психического напряжения в процессе манипуляций с волосами был выражен во всех клинических рубриках, за исключением 1 больного с психофизическим инфантилизмом. В то же время если в группе психогенных состояний он был преобладающим по сравнению с эффектом *самоудовлетворения,* получения удовольствия, то в группе ППД (б.д.у.) соотношение этих двух характеристик было противоположным.

При энцефалопатических формах ТХМ был, кроме того, выражен *релаксирующий* и *убаюкивающий эффект* привычных действий.

Для дизонтогенетических форм ТХМ характерен *самостимулирующий* результат стереотипной процедуры. Сочетание ее с образным воображением отмечалось у больных эндогенной и реактивной депрессией.

Таким образом, возникшая под влиянием психогенной, соматогенной или церебрально-органической вредности в качестве регрессивной приспособительной реакции либо трансформировавшись из первично-дизонтогенетических инстинктивных форм поведения, существующих с раннего возраста, ТХМ на втором этапе своего развития становится «полифункциональным» («многозначительным») гиперкомпенсаторным феноменом, реже — («пустым») двигательным стереотипом, само осуществление которого при определенных условиях сделалось потребностью.

Характерная особенность ТХМ вне зависимости от того, в рамках какого заболевания формируется синдром, — то, что, и на 1-м, и на 2-м этапах его динамики отношение ребенка к своим манипуляциям остается анозогнозическим. Дети долгое время не тяготятся своей привычкой и не придают ей никакого значения. Даже когда появляются участки облысения, они не сразу допускают мысль об их самоиндуцированном характере. Ребенок может в течение двух лет лечиться у дерматолога, но так и не сказать, что сам выдергивает волосы. Лишь при настойчивом целенаправленном расспросе специалиста, знакомого с данной патологией, либо после того, как родители случайно становятся свидетелями процедуры аутодепиляции, устанавливается истинная причина облысения. В отдельных случаях подростки и после этого упорно отрицают факт выдергивания волос.

Отмеченная особенность внутренней картины болезни может иметь несколько объяснений. Это и инстинктивная природа манипуляций с волосами, возникшими в раннем возрасте и включившимися в единый компенсаторный поведенческий феномен с сосанием пальца и яктацией, что облегчает засыпание невропатичного ребенка и фиксируется в качестве автоматизированного малоосознаваемого навыка. Это и не связанное с первопричиной манипуляций их подсознательное культивирование по механизму условной желательности, поскольку реакция близких на возникший косметический дефект меняет семейный психологический климат в желательную для ребенка сторону.

Для подростков трудность признания природы облысения может быть связана с чувством стыда за свое «чудовищное» поведение, а также с тем, что попытки самостоятельно отказаться от привычки оказались неожиданно безрезультатными. Кроме того, отмеченная выше эмоциональная насыщенность ТХМ, субъективное удовольствие при осуществлении привычных манипуляций и тягостное чувство напряжения, возникающее при их сдерживании (одна наша пациентка образно сравнивала его с состоянием «ломки» при абстиненции у наркоманов), определяет двойственное отношение детей к расстройству. Пациенты предпочли бы сохранить свою привычку, если бы она не приводила к заметному косметическому дефекту. Такая позиция обусловливает пассивность в лечении, отказ от госпитализации, недобросовестное выполнение врачебных назначений, сокрытие от родителей сохраняющейся привычки.

Так или иначе, довольно часто возникает необходимость в дерматологической диагностике ТХМ. В первую очередь трихотилломанию приходится дифференцировать с первичной алопецией.

В отличие от ТХМ, когда очаги облысения напоминают плохо вырубленный лес, где участки, лишенные покрова с четко обозначенными устьями фолликул соседствуют с пеньками отрастающих волос на неизмененной коже, при алопеции они представляют собой сплошные оголенные зоны бледной, блестящей и гладкой кожи с едва заметными фолликулярными отверстиями. В прогрессирующей стадии заболевания волосы по периферии очагов облысения легко удаляются. Патогистологическая картина при ТХМ характеризуется отсутствием воспалительных и атрофических изменений в эпидермисе и сальных железах, наличием роговых пробок в устьях волосяных фолликулов, инволюцией корневого влагалища и матрикса волоса. Многие из вновь выросших волос истончены и имеют суживающиеся гипопигментированные окончания (Архангельская, 1985).

У отдельных наших пациентов волосы, отросшие на местах экстирпации, отличались иным цветом и структурой по сравнению с вырванными. По этому поводу одна из вылеченных пациенток даже выразила сожаление, что полностью не вырвала их в свое время, поскольку отросшие волосы ей больше нравятся.

При гнездной алопеции в нижних слоях дермы, главным образом вокруг глубоких отделов волосяных фолликулов, наблюдается воспалительный инфильтрат, являющийся причиной их атрофии. Отмечаются дистрофические изменения нейрорецепторного аппарата в области фолликулов. В тех случаях, когда пациенты скрывают свои манипуляции, используется тест Орентрейха (Orentreich, цит. по: Greenberg, Sarner, 1965). Он заключается в том, что участок облысения 5 x 5 см покрывается слоем коллодия в эфире, после чего наносятся еще четыре слоя. Пациенту рекомендуется не трогать этот участок. Первый контроль проводится через неделю. Через 2-3 недели под пленкой обнаруживаются выросшие волосы длиной от 0,5 см. С той же лечебно-диагностической целью используют лейкопластырную повязку.

Помимо отграничения от гнездной, тотальной и тракционной алопеции, ТХМ в ряде случаев приходится дифференцировать с сифилитическим облысением, стригущим ли-

шаем, фолликулярным муцинозом и другими кожными заболеваниями. С этой целью применяется биопсия, флюоресцентное микроскопирование, посев на грибки. В ряде случаев подростки признают факт выдергивания собственных волос только по предъявлению результатов биопсии (Swedo, Rapoport, 1991).

Кроме дифференциально-диагностического аспекта, дерматологическое изучение ТХМ важно и с точки зрения раскрытия соматогенных факторов в возникновении расстройства, т. к. известно, что нередко прослеживается его связь с кожным зудом, травмой волосистой части головы, себореей и т. п.

В контексте рассматриваемой проблемы важно помнить, что алопеция иногда развивается на местах постоянного давления на те или иные участки волосистой части головы, в частности у грудных детей при постоянном лежании на спине или привычном кручении головой. Известна т. н. гренландская, или травматическая, алопеция как результат постоянного натяжения волос, вызываемого традиционной прической, а также облысение невротической природы.

Вопрос о возможном сочетании ТХМ и алопеции ставился уже давно (Greenberg, Sarner, 1965). Наше обследование подтверждает возможность такого сочетания.

В 3 случаях ТХМ развивалась на почве алопеции из проверочных манипуляций. С другой стороны, дерматологические последствия повторяющейся экстирпации волос при ТХМ и даже просто привычки потягивать их, аналогичны таковым при травматическом облысении. Вполне вероятно, что местное нарушение трофики вследствие усиленной груминг-реакции на первом этапе динамики синдрома обусловливает в последующем особую легкость и безболезненность аутодепиляции. Иными словами, есть основание считать, что в ряде случаев не усиление интенсивности манипуляций, а травматические последствия их длительного осуществления служат основной причиной потери волос.

Устойчивый автоматизированный поведенческий стереотип, характеризовавший 2-й этап динамики синдрома ТХМ, мог сохраняться в течение нескольких лет, отмечаясь непрерывно либо колеблясь в своей интенсивности, периодически редуцируя и вновь возвращаясь. Динамика привычки зависела от ряда внешних и внутренних факторов. Так, в ряде случаев имели место сезонные колебания в динамике ТХМ. При этом, если усиление привычки в марте—апреле и ослабление ее в летний сезон было характерно для большинства больных школьного возраста, то начало нового обострения коррелировало с клинической представленностью синдрома. Неврозоподобные (вторично-энцефалопатические и первично-дизонтогенетические) формы данного вида ППД усиливались, как правило, к концу учебного полугодия в связи с нарастанием астенических и церебрастенических расстройств, тогда как невротическая ТХМ могла рецидивировать уже к самому началу нового учебного года, в особенности у детей с проблемами успеваемости и взаимоотношений со сверстниками.

Патологические привычки в рамках эндогенных заболеваний отличались отчетливой связью с колебаниями настроения. Их обострение происходило на фоне углубления депрессии. Иногда у невропатичных детей раннего и дошкольного возраста отмечалась определенная зависимость состояния от смены погоды и времени суток. Энцефалопатические и дизонтогенетические формы ТХМ усиливались при снижении общей активности, самоконтроля, внешнего контроля со стороны окружающих, а невротические провоцировались ситуациями, вызывающими тревогу и волнение.

Ослабление учебной нагрузки, требований к успеваемости и ограничивающей опеки со стороны родителей, расширение сферы общения и увлечений, окончание школы, переход в профессиональное училище способствовали редукции ППД, тогда как возвращение в рутинную обстановку после лечения, по окончании каникул вызывало их рецидив.

Таким образом, 2-й этап динамики ТХМ характеризовался превращением инстинктивных и ситуационных поведенческих реакций в автоматизированный стереотипный навык, возникающий по условно-рефлекторным механизмам в качестве универсального специфического гиперкомпенсаторного ответа на неспецифический стресс, а также был следствием формирования индивидуальной потребности в репродукции специфической поведенческой модели. Последнее определяет качество ТХМ как привычки, т. е. замкнутой на себя устойчивой поведенческой системы, в значительной степени оторвавшейся от вызвавших ее первичных психогенных, энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов.

Наиболее наглядно это обнаруживается на *3-м этапе динамики синдрома.* Он наступает, как правило, через несколько лет существования ТХМ, обычно в препубертатном (при психогенных состояниях) или в пубертатном возрасте и характеризуется развитием вторичных личностных реакций на патологическую привычку, ее социальные и соматические последствия.

Следует оговориться, что первые признаки критики к своему состоянию могут отмечаться значительно раньше, с момента осознания причины возникшего облысения. Однако эта критика, как правило, нестойкая, парциальная и в значительной степени внушенная. Ребенок дошкольного и младшего школьного возраста еще не в состоянии оценить в полной мере всех негативных последствий своего поведения. С другой стороны, замыкание привычных манипуляций на врожденные этологические механизмы, а также их компенсаторный (впоследствии гиперкомпенсаторный) характер, способность снимать эмоциональный и физический дискомфорт и доставлять субъективное удовольствие (так же, как и удовлетворение любой индивидуальной потребности), слабость волевых компонентов личности перевешивают чашу весов в пользу сохранения данной поведенческой модели.

В связи с этим критика к совершаемым ППД долгое время носит формальный характер. Расстраиваясь по поводу возникшего облысения, дети в то же время упорно продолжают манипулировать с волосами, скрываясь от контроля родителей и диссимулируя свое состояние.

На 3-м этапе динамики ТХМ дети начинают тяготиться самой привычкой, пробуют отказаться от нее. Это, как правило, оказывается безуспешным, поскольку стремление удержать себя от патологических действий всякий раз наталкивается на потребность в их репродукции. Чем дольше длится борьба с возникшим побуждением, тем более нарастает желание осуществить привычное поведение.

Привычка (с особой легкостью формирующаяся на основе врожденной поведенческой модели) —это такой сложившийся способ реагирования, сама реализация которого в определенной ситуации приобретает для человека характер потребности, мотивирующей соответствующее поведение (Петровский, 1986). Иными словами, какое-либо поведение, сделавшись привычным в результате частого повторения (что, в свою очередь, может быть обусловлено нарушением церебральных основ инстинктивного поведения либо хроническим эмоциональным неблагополучием психогенной природы), как бы замыкается на себя и, в принципе, не требует уже дополнительной стимуляции извне для своего сохранения. В этом источник стойкости, инертности привычных действий, их отрыва от первичных этиологических факторов. Степень и частота актуализации потребности в осуществлении привычных действий (реализующихся как высокоавтоматизированный навык) зависит от места, которое она занимает в иерархии сформировавшихся и формирующихся потребностей индивида, от степени удовлетворения других, более высоких потребностей, а также от активности альтернативных источников регуляции эмо-

ционального тонуса. В качестве последних ППД соответствуют уровню стереотипов в онтогенетической структуре психотехнических механизмов саморегуляции базальной эффективности (Лебединский исоавт., 1990). При достаточной сформированности нижележащего уровня полевой реактивности и более зрелых уровней экспансии и эмоционального контроля компенсаторная роль данных этологических ритмов в системе психической адаптации перестает быть доминирующей.

В противном случае имеют место типичные для патологии две группы факторов: нарушение иерархии мотивов, нарушение их опосредованного характера и формирование новой (патологической) потребности (Зейгарник, 1986). При этом механизм зарождения патологической потребности является общим с механизмом ее образования в норме. Этот процесс характеризуется психологическим феноменом «сдвига мотива на цель» (Леонтьев, 1972), т. е. формированием нового ведущего мотива, до этого опосредованно, наглядно прослеживавшегося в случаях возникновения трихотилломании из проверочных и очищающих манипуляций, совершаемых по поводу педикулеза.

На данном этапе динамики синдрома для сохранения патологической потребности уже не требуется соблюдение «многозначительного» характера ППД. Формы поведения могут полностью утратить свой изначально адаптивный смысл либо качество фиксированного психотехнического приема гиперкомпенсации, неудовлетворенной биологической или социальной потребности с помощью переадресованной активности. Даже сделавшись «пустой» привычкой, ТХМ может оставаться стойкой моделью поведения, не требующей для своего сохранения никаких дополнительных стимулов, поскольку каждое очередное осуществление ее само служит таковым стимулом.

В последнем случае пациент уже не нуждается в разрешении психогенных невротических конфликтов, ликвидации других источников эмоционального дискомфорта (кроме отражающих вторичную реакцию личности на болезнь и ее последствия). Основным саногенным фактором здесь служит перестройка (в соответствии с возрастной динамикой) структуры потребностей. Их удовлетворение способно дезактуализировать потребность совершать ППД. Иными словами, речь идет о вытеснении «желания» совершать привычные действия удовлетворением других желаний ребенка, соответствующих нормальным для его возраста эмоциональным и биологическим потребностям.

Сформированная индивидуальная потребность в реализации выхолощенной, «пустой» привычки, утратившей всякий адаптивно-компенсаторный смысл, способна периодически актуализироваться и вызывать соответствующее мотивационное возбуждение по пейсмекерному механизму, определяющему автономный ритм любой сомато-вегетативной или поведенческой функциональной системы (Анохин, 1980; Судаков, 1981).

В то же время следует иметь в виду, что поддерживающий патологическую привычку эйфоризирующий эффект самоповреждающих процедур может быть связан с замеченным еще И. П. Павловым феноменом кумуляции слабых болевых раздражений и трансформации их в ощущение удовольствия. Этот эффект можно объяснить *выделением при эстирпации эндорфинов* аналогично происходящему во время иглотерапии. Кроме того, подтверждение имеющихся сведений о наличии в волосяных фолликулах микродоз *андростерона,* выделяющегося в кровь при их повреждении в результате потягивания или эксирпации волос, может объяснить особый сексуальный опенок эмоций, испытываемых при этом, а также преобладание данного патологического влечения у подростков женского пола.

Различный характер субъективного переживания мотивов ППД на этапе личностных реакций во многом определяет психопатологическую динамику синдрома. Это в ряде случаев приводило к необходимости изменения диагнозов, носивших изначально

этапно-динамический характер. Имеются в виду такие диагнозы, как «невротические реакции», «невропатия», «задержка психического развития», «неврозоподобный» и «психопатоподобный» синдромы, «синдром двигательной расторможенности», «ППД (б.д.у.)».

Из 5 детей с ППД в рамках неврозоподобного и психопатоподобного вариантов психоорганического синдрома, у которых динамика ТХМ прошла все три стадии развития, лишь у 1 пациента привычка сохранила в пубертатном возрасте характер продуктивно-дизонтогенетического образования. В 1 наблюдении она по своим психопатологическим характеристикам приближалась к навязчивому образованию, а в 3 приобрела качества неодолимого мазохистического влечения.

В последних случаях формальная критика к своему поведению, раскаяния по поводу причиненного себе косметического ущерба возникали только по завершении эпизода патологических манипуляций, носивших брутальный и генерализованный характер (выдергивались не только ресницы, брови и волосы на голове, но также на ногах, из подмышечной и лобковой области). При этом основной целью процедуры была сама экстирпация, тогда как типичные для привычной и навязчивой ТХМ предшествующие и последующие манипуляции с волосами (скручивание, жевание, щекотание и т.п.) не применялись как нехарактерные.

В момент развившегося импульсивного влечения критика, борьба мотивов полностью отсутствовали, любые другие желания подавлялись. Больных нельзя было ни отвлечь, ни переключить на иную деятельность. При невозможности быстро уединиться аутодепиляция проводилась на глазах окружающих.

Одна 16-летняя пациентка (Swedo, Rapoport, 1991), борясь с болезненным влечением, резала лезвием бритвы подушечки пальцев в надежде на то, что боль удержит ее от манипуляций, но и это не помогло.

Иногда по завершении эксцесса у больных вслед за кратковременным подъемом настроения возникало подавленное состояние или отмечались циклотимоподобные колебания аффекта.

При ослаблении болевых ощущений патологическое влечение сопровождается повышением интенсивности аутодепиляций, больные начинают выдергивать волосы прядями, тогда как при «привычной» ТХМ волосы вырываются по одному и безболезненно. Патологические «эго-синтонные» влечения, импульсивные действия поглощают все активное сознание, которое при этом может быть формально ясным или суженным. При навязчивых влечениях внимание поглощено борьбой мотивов, при неодолимых влечениях оно всецело направлено на осуществляемые действия. *Последнее делает поведение таких больных аналогичным поведению лиц с наркотической зависимостью.*

Можно выделить критерий ex juvantibus. Патологические привычки и навязчивые действия чувствительны к серотонинэргическим антидепрессантам, тогда как ТХМ в форме неодолимого влечения лучше реагирует на нейролептики типа неулептила, аминазина, сонапакса (Щюркуте, 1990; Шевченко, 1994).

Следует оговориться, что отсутствие единого взгляда на психопатологию ППД (отнесение их одними авторами к навязчивым действиям, другими — к насильственным) отражает общий уровень разработанности вопросов психопатологии и психологии, связанных с нарушением воли («Патология влечений у детей и подростков: клиника, диагностика, нейрофизиология, профилактика и коррекция», 1996). Характерно название рубрики МКБ-10, в рамках которой квалифицируется ТХМ — «Расстройства привычек и влечений». При этом не дается четкого разграничения первых и вторых и не указывается на однозначную принадлежность рассматриваемого поведения к привычкам или влечениям.

Рассмотрение патологии влечений в современных классификациях в различных разделах, в частности связанных с «поведенческими и эмоциональными расстройствами» (F90-F98 по МКБ-10), с «физиологическими нарушениями» и «физическими факторами» (F50-F55), нарушениями настроения (F30-F39) и т. д., мешает разным авторам сформулировать единую дефиницию синдрома «патологии влечений». Крайне неоднозначно трактуется также генез и нозологическая природа этих состояний: от понимания их как сугубо внешне социально обусловленных до отнесения к чисто биологическим процессам, развивающимся по своим внутренним закономерностям (Козлова, 1996).

В свое время С. С. Корсаков (1954), говоря о расстройствах в сфере воли, относил привычки к характерным особенностям личности наряду с преобладающими чувствованиями, побуждениями, инстинктивными стремлениями, влечениями и т. д. Патологически усиленные влечения вне расстройства сознания или гипнотического внушения он называл *неодолимыми,* а действия, вызываемые ими, определял как *импульсивные* и *насильственные* (или *вынужденные* — Zwang handlungen). При этом автор подчеркивал, что, «хотя между импульсивными действиями и насильственными и существуют постепенные переходы, но в наиболее резких случаях можно провести между ними существенную разницу». Первые, по мнению Корсакова (1954), быстро достигают степени высшего напряжения и переходят в двигательный акт. Человек только сознает присутствие этого влечения, но не может подвергнуть его критике, проверке, обсудить последствия. То есть здесь полностью отсутствует борьба мотивов.

В то же время термины «насильственные влечения», «навязчивые» и «вынужденные действия» автор употребляет как синонимы, считая их идентичными навязчивым идеям и насильственным представлениям, имеющим в своей основе потребности, влекущие к действию с непреодолимой силой. При этом больной критичен, предвидит все последствия, но не может бороться из-за мучения, которое испытывает до удовлетворения своего влечения.

Как видно, здесь также отсутствует борьба с болезненным побуждением (один из основных критериев навязчивых явлений), хотя и имеется критика к нему. Между импульсивными действиями и навязчивой потребностью С. С. Корсаков также предполагал присутствие множества переходных случаев.

А. В. Снежневский (1983) отдельно рассматривал навязчивые влечения, которые, как правило, не выполняются, и навязчивые действия, совершаемые произвольно, но про тив желания, вопреки усилиям сдержать их. Именно последние наиболее близки при вычкам. Параллельно им автор выделяет импульсивные действия и импульсивные вле чения, относя к последним дипсоманию, дромоманию, пироманию, клептоманию.

Г. К. Ушаков (1973) определял влечения как филогенетически унаследованные, сложные безусловно-рефлекторные и жизненно важные реакции, направленные на сохранение рода, вида. В. В. Ковалев (1985) подчеркивал неразрывную связь влечений со сферой инстинктов и подразделял патологические влечения на усиленные, ослабленные, извращенные и импульсивные. Только в отношении последних качество неодолимости, по его мнению, абсолютно.

В. А. Гурьева и соавт. (1989) определяют истинное влечение как сопряженное с инстинктами. Недостаточно контролируемое сознанием, глубокое чувственное побуж дение, направленное на определенную цель и сопровождающееся напряженной витализированной потребностью реагирования и завершающее действие с сомато-психическим гедоническим эффектом. Авторы делают попытку отграничить навязчивые и на сильственные влечения, раньше трактовавшиеся как синонимы, а в последующем — как практически трудно различимые понятия, подчеркивая при этом преобладание переход-

ных вариантов. Согласно их мнению, истинные влечения характеризуют такие признаки, как приступообразность; повторность; наличие в до- и постприступном периоде соматизированных дистимически-дисфорических расстройств с головными болями, ощущением дискомфорта; быстро нарастающее чувство овладения переживаниями, связанными с влечениями; отсутствие внутренней переработки побуждения; отсутствие учета конкретной ситуации. Такие истинные расстройства влечений, по мнению В. А. Гурьевой и соавт. (1989), встречаются много реже, чем рефлекторно зафиксированные формы поведения. Психопатологическую характеристику последних авторы не предлагают. Р. Г. Илешева (1990) отмечает характерную динамику ТХМ при шизофрении, при трансформации навязчивых действий в «привычные», напоминающие таковые при органических заболеваниях и тяготеющих к кругу расстройств влечений.

И. Г. Морозова (1996) критикует как существующие группировки патологических влечений (неодолимые, навязчивые, импульсивные), поскольку в их основе лежат несопоставимые критерии, отражающие разнородные характеристики, так и попытки применения их в детском и подростковом возрасте ввиду того, что у детей психопатологическое оформление влечений еще не завершено и постоянно изменяется под действием соматических, психологических и социальных факторов. В собственной систематике в качестве основного и наиболее стабильного автор использует временной критерий, характеризующий остроту возникновения и продолжительность существования влечения. Он позволяет всех подростков с агрессивно-садистическими влечениями разделить на две основные группы: 1-я группа с приступообразными влечениями с подгруппами импульсивных (реализующихся быстрее, чем в сознании появляются задерживающие представления) и импульсивноподобных (с борьбой мотивов); 2-я группа со «стойкими эгосинтонными» влечениями. 1-я группа соответствует разделу «нарушение контроля импульсов» в DSM-III-R, 2-я — «генерализованной агрессивности» у американских авторов и рассматривается в разделе «поведенческие агрессивные расстройства». Такие критерии, как преобладание в патогенезе биологических (первичные, истинные влечения) или социальных факторов, наличие борьбы мотивов, результативность этой борьбы («одолимость» — «неодолимость» влечения), отношение личности к влечению на момент возникновения последнего (отсутствует, т. к. не успевает сформироваться; «с ощущением чуждости»; эго-синтонность — «спаянность с личностью»), используются нами как дополнительные характеристики, определяемые на конкретный момент. В то же время они позволяют проследить динамику формирования патологического влечения.

Незрелость личности, определяющая своеобразие личностного отношения к болезненному расстройству и снижающая ценность традиционных психопатологических критериев, иллюстрирует наблюдение H. R. Greenberg, C. A. Sarner (1965). Шесть их пациенток-подростков в течение трех лет носили парики, скрывавшие следы их аутодепиляций, не высказывая жалоб по этому поводу, а делая это с удовольствием, поскольку в 1960-е гг. парики были в моде.

Нам представляется, что статическое клиническое подразделение влечений (в качестве основного или коморбидного расстройства) на «нормальные» и патологические, усиленные и ослабленные, одолимые и неодолимые, так же как ортодоксально-психопатологическое отнесение их к навязчивым, насильственным, импульсивным или сверхценным, в детском и подростковом возрасте возможно далеко не во всех случаях. Более перспективным на современном этапе развития не только детско-подростковой, но и общей психиатрии является, на наш взгляд, клинико-онтогенетический подход к изучению патологии поведения и других нервно-психических расстройств. Он позволяет рас-

сматривать одни и те же феномены в перспективах нескольких динамических осей, в частности таких как физиологическое (общевозрастное) — индивидуально характерное (условно-патологическое) — девиантное (потенциально или явно патологическое) поведение; онтогенетический феномен — дизонтогенетический феномен — психопатологический феномен; клиническое проявление психогенных — дизонтогенетических — энцефалопатических механизмов патогенеза (Сухарева, 1955; Ушаков, 1973;Башина, 1989; Ковалев, 1985; Graham, 1986, и др.).

С позиций эволюционно-биологической концепции Г. Е. Сухаревой (1955) феноменологическая динамика ТХМ может быть рассмотрена в динамической оси *инстинкт — привычка — влечение* (Шевченко, 1996). Так, инстинктивное поведение может приобретать силу влечения. Спаянное с усиленным или патологически измененным влечением поведение способно зафиксироваться и, потеряв былую напряженность, сделаться привычкой (осуществление которой стало потребностью). Последняя, в свою очередь, способна приобретать качества психопатологического феномена, в частности навязчивого, насильственного, импульсивного или сверхценного.

Качество психопатологической динамики непосредственно связано с личностной реакций на патологическую привычку. При ТХМ в рамках психогенных расстройств личностные реакции на саму патологическую привычку (а не только на ее последствия) возникали чаще, чем в других клинических группах, и в более раннем возрасте (как правило, в младшем школьном и препубертатном). Из 20 наблюдений, прослеженных до третьего этапа динамики синдрома, в 14 продуктивно-дизонтогенетический феномен (патологическая привычка) трансформировался в продуктивно-психопатологический. В 8 случаях ППД приобретали качества, характерные для обсессивных расстройств в виде навязчивых движений и навязчивых влечений (Озерецковский, 1950; Мамцева, 1957; Асатиани, 1965;Гарбузов, 1971; Шевченко, 1980).

В трех случаях их психопатологическая характеристика приближалась к качеству неодолимых влечений и еще в трех ТХМ носила характер истерического поведения.

В рамках эндогенных расстройств в 3 случаях ППД приобрели характер кататоноподобной стереотипии (при этом в двух случаях шизофрении это произошло в дошкольном возрасте). В 3 случаях (по 1 наблюдению в рамках олигофрении, шизофрении и атипичной эндогенной депрессии) ТХМ сочетала качества навязчивого и неодолимого влечения. В 2 наблюдениях ТХМ включалась в симптомокомплекс патологического фантазирования. Манипуляции с волосами служили непременным условием вызывания визуализации представлений. Такая спаянность ППД со сверхценной деятельностью («эгосинтонность») позволяет (с достаточной степенью условности) расценивать ее как сверхценное образование. Еще в 2 наблюдениях патологическая привычка у эндогенных больных сохраняла качества продуктивно-дизонтогенетического феномена на всех этапах динамики синдрома.

В клинической группе ППД (б.д.у.), где ТХМ рассматривалась в качестве самостоятельного синдрома-болезни, из 21 наблюдения, когда специфическое поведение прошло все три этапа динамики, трансформация привычки в психопатологический феномен отмечена у 3 больных. У двоих она приобрела качества навязчивого, у одного — насильственного (компульсивного) влечения.

В остальных случаях проявление стойких личностных реакций на патологическую привычку не сопровождалось изменением ее качества как дизонтогенетического образования. При этом смена анозогнозического отношения к своему поведению на личностное в одних случаях характеризовалась появлением адекватной критики, желания лечиться, поиском помощи и активным сотрудничеством с врачами. В других случаях

личностные реакции приобретали характер вторичных невротических образований депрессивно-ипохондрического содержания.

При этом выраженность эрзац-удовольствия от совершаемых действий при отсутствии конкурирующих потребностей и более зрелых психотехничеких приемов эмоциональной саморегуляции сочеталась с подавленностью и чувством вины по поводу своей внешности. Это служило основой для патохарактерологических реакций и, в частности, псевдоаутистического поведения, что еще более замыкало пациентов в круге их проблем. Как показало динамическое наблюдение, редукция ТХМ могла произойти на любом этапе динамики синдрома (этапе инстинктивных или ситуационных поведенческих реакций, этапе устойчивого поведенческого стереотипа, этапе вторичных личностных реакций). Однако в силу приобретения патологической поведенческой системой относительной автономности от остальной клинической картины, на отдаленных стадиях заболевания между динамикой факультативного синдрома ППД и динамикой основных расстройств (общеневротических, аффективных, психоорганических и проч.) не отмечалось абсолютного параллелизма. Более того, с течением времени факультативный синдром ТХМ мог приобретать ведущее значение и уже сам определять клиническую характеристику патологического состояния и личностную динамику пациента.

Результаты отдаленного катамнеза детей с ТХМ, а также обобщенный анализ факторов, определяющих исход этого и других вариантов ППД, приводятся нами в специальном руководстве (Антропов, Шевченко, 2000). Здесь же следует отметить, что из 25 пациентов с ТХМ, прослеженных в динамике на протяжении 3-5 лет и достигших к моменту последнего наблюдения подросткового возраста, редукция ППД отмечена у 16 человек. У 9 пациентов ТХМ, отмечавшаяся постоянно или с ремиссиями, сохранялась, несмотря на проводимое амбулаторное и повторное стационарное лечение, отражаясь на личностной динамике и социально-психологической адаптации пациентов. Это указывает нато, что терапия ТХМ не менее затруднительна, чем большинство форм аддиктивного поведения (Менделевич, Садыкова, 2002).

Таким образом, динамическое изучение больных с ППД дает конкретное клинической подтверждение известного афоризма Уильяма Теккерея: «Поступок порождает привычку, привычка формирует характер, а характер определяет судьбу».

Таким образом, предпринятая нами попытка изучить группу патологических привычных действий в динамическом аспекте позволила обнаружить их феноменологическую нестатичность и клиническое своеобразие при сохранении общего для всей группы качества. Этим качеством любого вида ППД является то, что по своему происхождению они — продуктивно-дизонтогенетические образования, т. е. феномен, представляющий собой не прямое выражение ущерба, повреждения (подобного интеллектуально-мнес-тическим проявлениям психоорганического синдрома при органических поражениях головного мозга) и не непосредственное психологическое переживание психогенного стресса (как, например, реактивный страх или депрессия), а первично компенсаторная (в понимании Сухаревой, 1959) структура, использующая нормальную для ранних этапов онтогенеза поведенческую модель.

Причиной же сохранения этой модели в годы, когда на смену ей должны прийти более зрелые формы адаптивного поведения, либо возврата к ней в «нетипичном» возрасте могут быть самые различные факторы (как конституционально обусловленная общая или парциальная задержка созревания психики, так и экзогенно-органическая, соматогенная или же психогенная вредность), приводящие к диссолюции вышележащих уровней психической адаптации.

Однако, независимо от этиологии конкретного патологического состояния, в рамках которого возникают ППД, основной ими выраженный патогенетический механизм — это механизм психического дизонтогенеза (Ковалев, 1985).

Отмеченная закономерность представлена патогенетической осью ППД: *энцефалопатия — дизонтогенез — психогения.* Звенья этой оси, динамически замыкаясь, образуют «порочный круг» или «бермудский треугольник», типичный для всей психопатологии детского возраста.

Рассмотренная клиническая модель зависимого поведения подтверждает полифакторность, клинико-психопатологическую неоднородность, системный характер аддикции и диалектичность биопсихосоциальной динамики подверженной ей личности, формирующейся, развивающейся и саморегулирующейся во взаимодействии с окружающей средой (Чернобровкина, Кершенгольц, 2005). Поэтическая фраза Маяковского «Если звезды зажигают, значит, это кому-нибудь нужно» метафорически иллюстрируют этологический постулат о том, что не существует абсолютно бессмысленного и безусловно патологического поведения. Любое поведение изначально носит защитный или приспособительный характер (Самохвалов, 1994). Системный подход предполагает рассмотрение сущности аддикции в поведенческих контекстах разного уровня, в частности в структуре обобщенных инстинктов: инстинкта самосохранения, сохранения рода, сохранения вида и, наконец, сохранения мира (или экологического инстинкта). Только поняв адаптивно-эволютивный смысл конкретного поведенческого феномена, можно рассчитывать на профилактику его трансформации в собственную (девиантную) противоположность у конкретного человека с его уникальной фило-, онто-, социогенной сущностью.

ГЛАВА 24

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

24.1. Нейропсихология и паттерны аддиктивного поведения

Сегодня факт нарушения межполушарных отношений в генезе психических расстройств считается общепризнанным (Деглин, 1996; Егоров, 2003; Flor-Henry, 1983, и др.). Значительно меньше исследований посвящено роли изменений функциональной асимметрии мозга в формировании зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Ранее было показано, что психотропные средства оказывают латерализованное действие на полушария мозга: типичные нейролептики вызывают сдвиг баланса межполушарной активации в сторону правого полушария, а вещества, улучшающие настроение (включая наркотическое вещество амитал натрия), — в сторону левого (Егоров, 1989; Egorov, Nikolaenko, 1992). Исходя из этого, допустимо предположить, что ПАВ как психотропные средства, вызывающие положительную эмоциональную реакцию, также должны латерализованно действовать на полушария мозга.

Наибольшее количество работ посвящено изучению особенностей функциональной асимметрии мозга человека при остром введении этанола и при хроническом алкоголизме. В литературе имеются данные о неодинаковом действии алкоголя на полушария мозга. Еще в 1975 г. было обнаружено латерализованное влияние приема алкоголя на зрительные вызванные потенциалы (ВП): алкоголь достоверно сильнее снижал амплитуду ВП (волн P90-N120) правого полушария по сравнению с левым (Rhodes etal., 1975). Большинство исследователей пришли к выводу, что этанол как при однократном введении, так и при хроническом употреблении в большей степени угнетающе воздействует на правое полушарие (Арзуманов, 2001; Арзуманов, Шостакович, 1982; Костандов, 1983; Рещикова, 1982; Berglund etal., 1980).

Между тем против этого возражают шведские исследователи П. Вендт и *Я.* Рисберг (Wendt, Risberg, 2001), показавшие, что однократный прием этанола здоровыми добровольцами сопровождается снижением РМК в левой дорсолатеральной лобной коре при выполнении вербального теста (скорость произнесения слов). Авторы связывают это с угнетающим действием этанола на полушарие, в данный момент вовлеченное в решение задачи. В других, более ранних, исследованиях говорится о билатеральном повышении РМК после приема алкоголя добровольцами (Mathew, Wilson, 1986), за исключением передних отделов левого полушария (Newlin et al., 1982).

Достаточно подробно исследованы показатели моторной асимметрии у химических аддиктов, особенно у страдающих алкоголизмом. Факт достоверно большего числа левшей среди больных алкоголизмом был установлен более 20 лет назад (Nasrallah et al., 1983). В дальнейшем эти данные неоднократно подтверждались. В многолетнем исследовании, посвященном изучению функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом, приводятся данные о высоком проценте не только левшества, но и показана

корреляция левшества с более злокачественными формами заболевания (Sperling et al., 2000). В. А. Москвин (1999; 2002) также сообщает о достоверном преобладании левых профилей латерализации моторных и сенсорных признаков у больных алкоголизмом.

Е. Лондон (London, 1987) показал, что по крайней мере у 50% леворуких мужчин либо имеющих леворуких родственников первой степени родства алкоголизмом страдал отец, в отличие от 26% праворуких мужчин, не имевших близких родственников-левшей. Автор считает риском развития алкоголизма «аномальный паттерн мозговой доминантности», проявляющийся в левшестве. Тот же автор ранее показал, что результаты терапии алкоголиков-левшей хуже, чем алкоголиков-правшей (London, 1985).

Безусловный интерес представляет собой изучение фактов химической асимметрии мозга у больных зависимостью. Известно, что алкоголизм связывают с нарушением передачи дофамина. Предполагается, что алкоголь высвобождает дофамин за счет снижения его обратного захвата в рецепторах (Eshleman et al., 1993). Утверждается, что и кокаиновая наркомания связана со снижением функции дофаминергической системы (Dackis, Gold, 1985).

Р. Куруп и П. Куруп (Kurup, Kurup, 2003) сообщают, что при аддикциях повышается синтез дигоксина, регулирующего транспорт нейромедиаторов в мозге. Повышение уровня дигоксина приводит к усиленному метаболизму триптофана, т. е. к более интенсивной выработке серотонина и снижению метаболизма тирозина, что, в свою очередь, уменьшает выработку катехоламинов (дофамина и норадреналина) и морфина. По мнению авторов, эти паттерны свидетельствуют о химическом доминировании правого полушария при аддикциях.

Имеются данные финских исследователей об усиленной передаче дофамина и увеличении плотности рецепторов к дофамину больше в правом стриатуме, чем в левом у больных с тяжелыми формами алкоголизма при раннем его начале. Схожие изменения были выявлены и у лиц с агрессивным поведением (Kuikka et al., 1998). Те же исследователи при изучении больных алкоголизмом с поздним началом обнаружили у них снижение связывания дофамина в левом стриатуме по сравнению с контролем. Отмечалось также стирание асимметрии по распределению дофамина в височных долях, что тоже говорит о функциональном снижении левого полушария (Kuikka et al., 2000).

Интересные данные приводят американские исследователи Э. Совелл и его сотрудники (Sowell et al., 2002), изучавшие прижизненные паттерны асимметрии серого вещества у подростков, испытавших алкогольное воздействие в перинатальном периоде, по сравнению с нормой. Оказалось, что у этих подростков имеется значимое сглаживание анатомической асимметрии в районе речевых зон коры (21,22 и 34 поля, по Бродману). Авторы связывают алкогольное повреждение корковых зон с последующим когнитивным дефицитом, отмечающимся улиц с фетальной алкогольной патологией.

О нарушении функциональной асимметрии мозга при алкоголизме говорится также в работах, выполненных с помощью других методических подходов. В исследовании П. МакНамара с сотрудниками (McNamara et al., 1994) выделены маркеры нарушения латерализации при алкоголизме: высокий процент левшества, проблемы с обучением, снижение показателей тестов, продуцируемых преимущественно левым полушарием. Авторы считают, что алкоголизм связан с нарушением нормального доминирования из-за функциональной недостаточности левого полушария. Во время проведения зрительно-пространственного тестирования больные алкоголизмом допускали существенно больше ошибок при выполнении заданий, предъявленных справа, чем слева, что также свидетельствует о функциональном дефиците левого полушария по сравнению с группой здоровых испытуемых и больных героиновой наркоманией (Mandal, 2000).

Н. Акшумова с коллегами (Akshoomoffet a!., 1989) сообщила о нарушении способности создавать конструкции из блоков у больных алкоголизмом и больных с правосторонними органическими поражениями мозга по сравнению со здоровыми испытуемыми, что говорит о поражении правого полушария.

А. А. Абакумова (2000) исследовала изменение параметров вызванного стволового слухового потенциала, отражающего функциональное состояние подкорковых структур мозга, позднего компонента — волны Р300, сказывающегося на функциональном состоянии коры мозга и на межполушарной асимметрии мозга у больных алкоголизмом. Автор обнаружила, что хроническая алкогольная интоксикация обладает латерализованным действием на кору полушарий мозга. Отмечено более выраженное влияние интоксикации на правое полушарие мозга. Китайские исследователи сообщают о дисфункции правого полушария, приводящей к нарушениям кратковременной памяти, отмечавшейся при электрофизиологическом обследовании хронических алкоголиков (Lei Zhang Xiao etal., 1997).

При решении пространственных тестов больные алкоголизмом (как и лица пожилого возраста) не показали преимущества правого полушария, что отмечается в норме у лиц более молодого возраста. Это может свидетельствовать о функциональном снижении активности правого полушария при алкоголизме (Evert, 2001).

Изучение подростков-алкоголиков с помощью функционального ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) выявило у них более высокую активацию мозговых структур при показе изображений, связанных с алкоголизацией, чем у подростков, не имеющих признаков алкоголизма. Наибольшая активация отмечалась в левой передней лобной, зрительной и лимбической коре. Авторы считают, что активация именно этих структур в большей степени способствует возникновению тяги к спиртному у алкоголиков (Tapert etal., 2003).

Я. А. Меерсон и А. У. Тархан (2002), используя методику «Третий лишний» и классификацию, разработанную на определение лево- или правополушарного способа решения интеллектуальных задач, обнаружили преобладание правополушарного способа решения задач над левополушарным у больных алкоголизмом.

В другом исследовании А. У. Тархан (2001) исследовала нейропсихологический статус больных алкоголизмом с помощью стандартизированной методики, разработанной в клинике очаговых поражений мозга и включавшей тесты на выявление дисфункции различных отделов левого (29 заданий) и правого полушарий мозга (8 тестов), а также двусторонних расстройств (3 теста). Максимальные нарушения отмечались в сферах зрительного и пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, сенсорной интеграции, динамического и конструктивного праксиса, воспроизведения ритмов, т. е. при выполнении заданий, наиболее трудных и для здоровых испытуемых. Специфичность нейропсихологического профиля при алкоголизме выражалась не столько в его деформации по сравнению со здоровыми испытуемыми, сколько в «приподнятости», максимальной в области пиков нормативного профиля. Обнаруженные расстройства носили диффузный и стертый характер. Автор не исключает возможности преморбидной (конституционально обусловленной либо появившейся на ранних этапах развития) недостаточности левополушарных функций, что могло привести к формированию этого правополушарного типа асимметрии.

Вместе с тем итальянские исследователи Д. Тарквини и К. Мацулло (Tarquini, Masullo. 1981) не обнаружили нарушений функций правого полушария у больных алкоголизмом при нейропсихологическом обследовании. Авторы считают, что когнитивный дефицит, выявляемый у больных алкоголизмом, связан с более диффузным поражением мозга.

В другом исследовании при использовании моторных и психомоторных тестов у больных алкоголизмом также не было установлено латерализованной дисфункции правого полушария (Kwon et al., 1997).

Довольно много исследований посвящено изучению особенностей асимметрии при других видах химической зависимости, особенно при злоупотреблении опиатами и кокаином.

Проспективное исследование речевой доминантности и риска аддиктивного поведения, предпринятое Г. Вассерманом с коллегами (Wasserman et al., 1999), показало, что у подростков со снижением эффекта правого уха, выявленного при дихотическом тестировании, через 1-2 года чаще отмечается потребление ПАВ. Авторы делают вывод, что нарушение доминантности по речи левого полушария является предиктором употребления ПАВ в будущем, т. е. аддиктивное поведение в своей основе имеет дефицит речевых функций, присущих левому полушарию.

Показатели асимметрии регионального мозгового кровотока (РМК) у опийных наркоманов значимо отличались от здоровых. У опийных наркоманов, продолжающих инъекционно вводить героин или находящихся на заместительной терапии метадоном, отмечено усиление РМК больше в левополушарных, чем правополушарных структурах, таких как мезолатеральная и верхняя височная кора, центральная извилина и нижняя теменная кора (Fisher et al., 1996). Сходные результаты были выявлены теми же исследователями у опийных наркоманов после детоксикации. У них отмечалось усиление РМК в пре- и постцентральных извилинах, а также в верхней височной и нижней теменной коре левого полушария (Schindleretal., 1996). Исследование РМК у опиодных наркоманов, находящихся на метадоновой или морфиновой заместительной терапии, по сравнению с контрольной группой обнаружили общее снижение кровотока в префронтальных областях. Снижение мозгового кровотока слева у наркозависимых больше, чем в контрольной группе (Pezawas et al., 2002).

Московские специалисты Д. Давыдов и А. Полунина (Davydov, Polunina, 2004), утверждают, что нарушение функции планирования — существенная находка при нейропсихологическом обследовании героиновых наркоманов. Авторы изучили корреляцию изменений ЭЭГ и проблем при выполнении конструктивного теста (Tower of London Test) у больных героиновой наркоманией. Оказалось, что неспособность выполнить тест коррелирует с резким усилением частоты альфа-ритма в центральных отведениях левого полушария. В норме выполнение теста связано с частотой альфа-ритма правого полушария. Эти данные говорят о снижении правополушарных функций у героиновых наркоманов.

В работе Ю. Л. Арзуманова с коллегами (2000) на основании обследования 100 больных героиновой наркоманией в возрасте от 16 лет до 21 года установлено влияние осознаваемого мотивационно-значимого стимула на состояние активности коры мозга. Выявлено, что хроническая героиновая интоксикация обладает латерализованным действием на кору полушарий мозга: отмечено более выраженное влияние героиновой интоксикации на правое полушарие мозга. У больных героиновой наркоманией наблюдается диффузная неспецифическая активация коры мозга на предъявление осознаваемого мотивационно-значимого слова. Мотивационно-значимые стимулы вызывают добавочную активацию коры головного мозга. Характер этой активации определяется кортикофугальным вовлечением лимбических механизмов интеграции эмоциональных реакций. О сглаживании межполушарной асимметрии мозга по результатам анализа величины амплитуды волны Р300 во всех регистрируемых областях сообщает А. А. Абакумова (2000).

Измерение РМК у опийных наркоманов с помощью ПЭТ после предъявления нейтральных стимулов и стимулов, связанных с наркотиком, показало активацию кровотока в левой медиальной префронтальной и левой передней цингулярной коре наряду со снижением кровотока в затылочной коре исключительно в ответ на стимулы, связанные с наркотиком. Причем чем выше была тяга к наркотику, тем сильнее отмечалась активация передней лобной коры (Daglish et al., 2001).

Сходные исследования были получены ранее при изучении активации мозговых структур при просмотре фильмов с нейтральным и сексуальным содержанием, а также сцен курения кокаина (крэка) кокаиновыми наркоманами и здоровыми с помощью функционального ЯМР. У кокаиновых наркоманов отмечалась большая активация слева в передней лобной и лимбической коре, а также в перешейке (insula) при просмотре сцен курения крэка, по сравнению со здоровыми (Garavan et al., 2000). Не противоречат предыдущим исследованиям и данные ПЭТ-исследований: К. Килтс с сотр. (Kilts et al., 2001) обнаружили билатеральную активацию метаболизма в миндалине (причем справа больше, чем слева), в левом перешейке и передней цингулярной извилине, в правой субкаллозальной извилине и добавочном ядре у кокаиновых наркоманов в состоянии выраженной тяги к наркотику. Авторы делают вывод, что развитие аддикции связано с активацией лимбических, паралимбических и стриальных отделов мозга, включающих структуры, отвечающие за связь со стимулом-наградой (миндалина), стимулирующую мотивацию (субкаллозальная извилина/добавочное ядро) и антиципацию (передняя цингулярная кора).

С. Г. Александров (2004) оценивал восприятие времени у больных героиновой наркоманией, находящихся в абстинентном и постабстинентном состоянии. И обнаружил у них нарушение восприятия, оценки и воспроизведения временных интервалов. Автор заключил, что это связано с нарушениями в подкорковых ритмзадающих структурах (полосатом теле, миндалине, перегородке и гиппокампе), возникших из-за токсического действия опиоидов. При этом изменения были однонаправленными у лиц, имевших различные профили моторной асимметрии (левшей, правшей и амбидекстров). Последний факт автор связывает с перестройкой межполушарных отношений у наркоманов и нивелированием межполушарных различий.

Довольно много работ посвящено исследованию мозгового метаболизма у наркоманов с помощью ПЭТ. Так, исследования, проведенные Н. Волковым с коллегами (Volkow et al., 1999), при остром введении метилфенидата (аналога кокаина по своей фармакологической активности) показали активацию преимущественно правой орбитофронтальной коры и правого стриатума. Авторы полагают, что активация данных структур кокаином вызывает тягу и последующий компульсивный прием наркотика у аддиктов. Вместе с тем в некоторых западных работах отмечаются другие мозговые структуры, связанные с формированием влечения к кокаину: обнаружена корреляция между повышением метаболизма дорсолатеральной префронтальной коры, миндалины и мозжечка при усилении тяги к наркотику (Grant et al., 1996). В другом исследовании приводятся данные об усилении регионального мозгового кровотока в миндалине и передней цингулярной извилине наряду со снижением метаболизма в базальных ганглиях (Childress et al., 1999).

Отклонения, свидетельствующие о патологии в передней цингулярной и префронтальной коре, а также в мозжечке, были более выражены у лиц, зависимых от кокаина, при наличии коморбидного злоупотребления алкоголем. Н. Волков с коллегами (Volkow et al., 1991) приводит данные ПЭТ-исследований об усилении метаболизма в передней лобной коре и стриатуме у кокаиновых наркоманов, испытывающих тягу к наркотику. Причем усиление метаболизма в передних корковых отделах коррелирует с изменения-

ми ЭЭГ в отведениях от лобной области (Konopka et al., 1995). Другое исследование мозгового метаболизма с помощью ПЭТ, подтвердившее эти данные, проводилось во время беседы с кокаиновыми наркоманами на нейтральные темы и темы, связанные с приемом кокаина. Вторая тематика вызывала у них усиление влечения к наркотику. Именно в это время метаболизм достоверно возрастал в передней лобной коре, а также в левой височной области и мозжечке (Wang et al., 1999).

Более противоречивы сведения об изменении функциональной асимметрии при ПЭТ-исследованиях опиатной наркомании. Если Л. Бауер (Bauer, 2002) не нашел существенных нейропсихологических отклонений при выполнении сложного когнитивного теста больными с опиоидной зависимостью, то Э. Лондон с коллегами (London et al., 1990) с помощью ПЭТ обнаружил повышение метаболизма левого полушария по сравнению с правым у полисубстантных наркоманов, независимо от внутримышечного введения морфина, вызывающее 10% снижение метаболизма всего мозга без эффекта латерализации.

Имеются единичные работы о латерализованном действии никотина на полушария мозга. ПЭТ-исследования показали, что никотин вызывает активацию метаболизма глюкозы в левой задней цингулярной извилине, левой латеральной окципито-темпоральной извилине, таламусе правого полушария, а также в зрительной коре (Domino et al., 2000). Желание курить сопровождается активацией передних структур левого полушария и усилением ЭЭГ асимметрии (Zinser et al., 1999). Эти данные нашли свое подтверждение и в более современном плацебоконтролируемом ПЭТ-исследовании, где было показано, что никотин вызвал усиление метаболизма в левых передних отделах мозга и снижение метаболизма — в левой миндалине. Усиление метаболизма в указанных областях положительно коррелирует с тягой к никотину (Rose et al., 2003).

Имеются данные о нарушениях когнитивных функций, вызываемых другими наркотиками, в частности МДМА («экстази») и коноплей. Так, в обзоре А. Клюгмана и Дж. Грузелье (Klugman, Gruzelier, 2003) говорится, что МДМА обычно употребляется в сочетании с другими наркотиками, особенно часто — в комбинации с коноплей. Показано, что каннабис может оказывать сильное влияние на познавательные функции (даже у недавних потребителей). Подчеркивается, что особенно опасно применение МДМА в абстиненции от каннабиса: МДМА вызывает мягкие долговременные эффекты, влияющие на память и исполнительные функции интеллекта (из-за нарушения функции серотониновой системы). Хронические же эффекты каннабиса, воздействующие на когнитивные функции, могут быть непостоянными. Авторы утверждают, что для их оценки нужны чувствительные методы. Например, выраженный дефицит внимания под влиянием каннабиса был обнаружен при электрофизиологических исследованиях. Сообщений о латерализованном действии МДМА и каннабиса авторы обзора не приводят.

Есть сведения, что нехимические аддикции также связаны с нейропсихологическими дисфункциями. Ряд исследователей утверждает, что, как и при химической зависимости, при патологическом гемблинге отмечается снижение чувствительности «системы награды». Недавние МРТ-исследования показали снижение стриатумной и вентро-медиальной префронтальной активации у гемблеров по сравнению с контролем, причем чем выраженнее аддикция, тем ниже активация структур, связанных с «системой награды» (Reuter et al., 2005). Левшество и амбидекстрия у гемблеров отмечалась в 43% случаев, недоминантность левого полушария по речи — в 52%. ЭЭГ показала дисфункциональную активность у 65% игроков. Авторы высказывают предположение, что патологический гемблинг — это следствие повреждения мозга, особенно фронто-лимбической системы (Regard et al., 2003).

Нами было проведено исследование особенностей латерализации моторных, сенсорных и когнитивных признаков у 177 больных опиоидной наркоманией, алкоголизмом и токсикоманией (зависимость от летучих ароматических соединений) по сравнению с релевантной контрольной группой (Егоров, 2004). Для выявления профилей межполушарной асимметрии использовалась специально разработанная батарея тестов, позволяющая определить латерализацию моторных (ведущая рука, нога), сенсорных (глаз, ухо) и когнитивных (право- или левополушарный модус при выполнении вербальной и/или пространственной задачи) функций. Для определения ведущей руки и ноги использовался модифицированный опросник Анетт. Батарея тестов для определения полушарного модуса в решении когнитивной задачи состояли из: 1) теста Деглина—Николаенко на классификацию римских и арабских цифр (1,2,1, II); 2) теста на классификацию букв Б и Ш, а также А и S, изображенных в контурной форме и нарисованных с помощью противоположных маленьких букв; 3) теста на классификацию 8 слов (антонимы-синонимы). Когнитивные тестовые методики на определение полушарного модуса ранее были верифицированы с помощью методики унилатеральных электросудорожных припадков (Деглин, 1996). Кроме того, 26 больных с химической зависимостью были дополнительно обследованы с помощью теста на классификацию сложных грамматических конструкций (Деглин, 1996).

Полученные нами данные показали, что у больных наркоманией и алкоголизмом по сравнению с контрольной группой обнаруживается значимое преобладание левосторонней латерализации моторных признаков. И у больных алкоголизмом, и у больных наркоманией, и у токсикоманов достоверно чаще левая рука и левая нога были ведущими. Случаи амбидекстрии встречались одинаково во всех группах.

Показатели латерализации сенсорной асимметрии также отличались от контрольной группы. У больных алкоголизмом по сравнению с контрольной группой достоверно чаще встречались случаи амбидекстрии по ведущему глазу. У больных наркоманией достоверно реже доминировал левый глаз, но чаще отмечались случаи амбидекстрии по зрению. При оценке латерализации слуха значимых различий между группами выявлено не было, хотя отмечалась устойчивая тенденция к более частому преобладанию левого уха у зависимых испытуемых по сравнению с контролем. У токсикоманов не выявлено достоверных различий в сенсорной асимметрии по сравнению с контролем, однако случаи амбидекстрии отмечались в два раза чаще. Вместе с тем интегральные показатели латерализации сенсорной асимметрии (частота доминирования уха и глаза) выявили достоверное преобладание левостороннего доминирования у больных с химической зависимостью. При решении когнитивных задач у всех больных с химической зависимостью по сравнению с контролем достоверно преобладал правополушарный модус. Тест на классификацию сложных грамматических конструкций показал абсолютное преобладание правополушарной стратегии классификации. Вместе с тем почти половина больных алкоголизмом и наркоманией вообще не справились с заданием: классификация осуществлялась абсолютно бессистемно. В контрольной группе достоверно преобладал левополушарный модус классификации.

Любопытно, что среди больных химической зависимостью выявились некоторые различия в латерализации между наркоманами и алкоголиками. В показателях моторной асимметрии достоверных различий не отмечалась. В показателях сенсорной асимметрии среди больных алкоголизмом достоверно чаще встречался ведущий левый глаз, чем среди больных наркоманией. При оценке интегральных показателей латерализации сенсорной асимметрии у больных алкоголизмом также достоверно чаще встречалось преобладание леволатеральных признаков. При оценке интегральных показателей решения

19 Зак. 3806

когнитивных задач оказалось, что наркоманы достоверно чаше используют правополушарный модус их решения, чем алкоголики. Возможно, это связано с большим угнетающим воздействием опиатов на левое полушарие. Существенных различий в профилях функциональной асимметрии между юношами и девушками установлено не было.

Полученные данные свидетельствуют о значительном нарушении функциональной асимметрии мозга у больных наркоманиями и алкоголизмом. Причем это нарушение латерализции затрагивает все уровни асимметрии — моторный, сенсорный и когнитивный. У больных с химической зависимостью достоверно преобладают левые профили моторной и сенсорной асимметрии наряду с правополушарной стратегией (модусом) решения когнитивных задач по сравнению с контрольной группой. Наши данные перекликаются с полученными ранее сведениями о левополушарной недостаточности у больных, злоупотребляющих ПАВ (Москвин, 2002; Меерсон, Тархан, 2002; London, 1990). Однонаправленность изменений профилей латерализации у больных наркоманией и алкоголизмом свидетельствует в поддержку гипотезы о едином генезе всех аддиктивных состояний как химической, так и нехимической природы (Егоров, 2004; Campbell, 2003).

Итак, факт нарушения функциональной асимметрии у лиц, злоупотребляющих ПАВ, следует признать очевидным, но объяснить его можно по-разному. Во-первых, изменения асимметрии могут быть следствием латерализованного действия алкоголя и наркотиков на полушария мозга. Другое возможное объяснение изменения асимметрии заключается в том, что лица, предрасположенные к алкоголизму и наркомании, исходно имеют нарушения латерализации из-за возможного мозгового дефекта. Данные исследований поддерживают как ту, так и другую точку зрения.

Вместе с тем это вступает в противоречие с данными по моторной и сенсорной асимметрии. Если алкоголь угнетает правое полушарие, то откуда такой высокий процент преобладания левосторонних профилей, явно свидетельствующий об обратном? Полученные в настоящем исследовании данные о преобладании правополушарного модуса при решении когнитивных задач также входят в противоречие с идеей об угнетении правого полушария этанолом.

В одной из работ последних лет прямо постулируется, что зависимость — это состояние химического доминирования правого полушария (Kurup, 2003). Однако в обзоре Р. Эллиса и М. Оскар-Бермана (Ellis, Oscar-Berman, 1989) делается вывод о функциональной несостоятельности правого полушария при алкоголизме, что напоминает особенности функциональной асимметрии в пожилом возрасте. Из этого правомерно сделать вывод, что алкоголь, как и возраст, снижает функциональную активность правого полушария.

В отношении других ПАВ имеются немногочисленные и весьма противоречивые данные об их латерализованном действии на полушария мозга. Например, было показано, что кокаин в большей степени активирует левое полушарие (Garavan et al,, 2000). Этому полностью противоречат данные X. Брейтера с коллегами (Breiter et al., 1997) о преимущественном влиянии кокаина на такие структуры правого полушария, как цингулярная извилина, подушка и перешеек, что коррелировало с возникновением эйфории.

Имеются сведения, что опиаты способствуют усилению регионального мозгового кровотока правого полушария (Pezawas et al., 2002). Высказывается предположение, что тетрагидроканнабиолы (марихуана) угнетают левополушарные функции и активируют правополушарные (Москвин, 2002), о чем ранее сообщалось в западных публикациях при исследовании регионального мозгового кровотока после приема каннабиса (Mathew eta!., 1997).

Идея о том, что лица с риском развития наркомании и алкоголизма имеют преморбидное нарушение функциональной асимметрии, также представляется вполне обоснованной. Выше уже говорилось о нарушении межполушарных отношений при эндогенных психических расстройствах (шизофрения, аффективные психозы). Также были описаны нарушения межполушарных отношений у умственно отсталых детей с расстройством поведения (Шипицына, Иванов, 1992). Позже О. Гиотакос (Giotakos, 2002) обнаружил сходные изменения моторной и сенсорной асимметрии, свидетельствовавшие о дисфункции левого полушария у больных с различной психической патологией (шизофрения, расстройства личности, паническое расстройство, умственная отсталость) и опиатной наркоманией. Данные Г. Вассермана (Wasserman et al., 1999) также говорят об определенном левополушарном дефиците в отношении речевой функции у лиц, предрасположенных к аддиктивному поведению.

Исходя из этого, можно предположить, что любая психическая патология, в том числе и зависимость от ПАВ, связана с определенной «предрасположенностью» мозга к этой патологии. Дефицитарность левополушарных функций можно рассматривать в качестве нейропсихологических особенностей, предпосылок развития состояний наркотической и алкогольной зависимости. Это перекликается с идеей Л. Миллера (Miller, 1991) о наличие единого «когнитивного стиля» наркоманов и алкоголиков, включающего в себя комплекс нейропсихологических и психопатологических особенностей, предрасполагающих к развитию зависимости. Согласно модели Л. Миллера, исходная нейропсихологическая недостаточность скорее отражает преморбидные, конституциональные черты когнитивного стиля, нежели указывает на повреждения различных отделов мозга ПАВ.

Мы полагаем, что «нейропсихологическую почву» химической зависимости (вероятно, и нехимической тоже) составляет нарушение функциональной асимметрии мозга, выражающееся в повышенной активности правого полушария. Известно, что сдвиг баланса межполушарной активации в сторону правого полушария связан с отрицательным эмоциональным фоном (см.: Деглин, 1996; Егоров, 2003; Flor-Henry, 1983, и др.). Можно предположить, что прием ПАВ — своеобразная попытка «улучшить» этот отрицательный фон настроения, изменить баланс активации в сторону левого полушария, что сопровождается улучшением состояния.

Хроническое потребление ПАВ, в большей степени влияющих на правое полушарие, должно неизбежно приводить к дезорганизации его работы и функциональному снижению. Одновременно хронический прием ПАВ не может реципрокно «улучшить» функции и левого полушария. Механизм реципрокного межполушарного взаимодействия (снижение активации одного полушария приводит к активации другого) работает при регуляции эмоционального состояния, тогда как для осуществления высших когнитивных функций служат иные, более сложные механизмы межполушарного взаимодействия (Егоров, 1999; Egorov, Nikolaenko, 1998). В результате этого функции левого полушария также остаются дезорганизованными. Такие рассуждения согласуются с эмпирическими данными турецких исследователей Б. Демира с сотрудниками (Demir et al., 2002), определявшими РМК у больных с ранним началом алкоголизма и больных с поздним алкоголизмом. Оказалось, что у лиц с ранним началом алкоголизма отмечалось снижение РМК в левых лобных отделах, в то время как у больных с поздним алкоголизмом РМК был снижен как в левых, так и правых лобных областях.

Достаточно единообразны данные о преобладании леволатеральных признаков именно в моторной и сенсорной сфере у хронических алкоголиков и наркоманов. По нашему мнению, высокий процент левшества является их преморбидной характеристикой и не

меняется, поскольку эти показатели достаточно стабильны и, в отличие от показателей когнитивной асимметрии, мало подвержены внешнему воздействию. Ранее было отмечено, что показатели когнитивной асимметрии (право- или левополушарный модус решения зрительной и вербальной задачи) могут меняться в процессе восстановления после инсульта, в то время как показатели моторной и сенсорной асимметрии остаются неизменными (Егоров, Балашова, 2004).

В целом рассмотренные исследования свидетельствуют о перспективности нейропсихологического подхода к анализу заболеваний, связанных как с химической, так и нехимическими аддикциями. Изучение профилей моторной, сенсорной и когнитивной асимметрии может быть использовано для выделения лиц, входящих в группу риска по аддиктивному поведению.

24.2. Патопсихология и психосемантика аддиктивного поведения

24.2.1. Патопсихологические аспекты наркозависимости

Изучению психологических особенностей личности наркозависимого в последние годы посвящено достаточно большое количество исследований (Валентик, 1995; Сирота, Ялтонский, 1996; Бузина, 1998;Надеждин, Иванов, Трифонов, Авдеев, 1998;Елшанский, 1999,2001; Козлов, 1999; Штакельберг, 1999; Козлов, Рохлина, 2000; Тхостов, Грюнталь и др.). Предметом изучения становились, как правило, преморбидные характерологические особенности пациентов, структура их «Я», самооценка. По мнению Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского(1995,1996), больным наркоманией свойственна низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов: негативная, слабо сформированная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, отсутствие действенной социальной поддержки со стороны окружающих.

Нами в течение ряда лет также проводились серии исследований личности наркозависимых. Анализировался уровень субъективного контроля пациентов, направленность личности, прогностическая деятельность, коммуникативная толерантность, профиль личности, креативность и структура самоактуализации, психосемантические особенности понимания и толкования эмоционально-значимых качеств и некоторые иные психологические особенности. Ниже приведены результаты этой работы.

Направленность личности можно толковать как отношение того, что личность берет и получает от общества, к тому, что она обществу дает, что вносит в его развитие. Известно, что от направленности личности зависит, как именно конкретный индивид участвует в социальных процессах. Таким образом, направленность — это субъективное отношение личности, система главных, доминирующих отношений к обществу, другим людям, к себе, к своему поведению и деятельности.

Были исследованы 29 наркозависимых в возрасте от 16 до 29 лет с применением опросника «Ориентировочная анкета», методики оценки уровня субъективного контроля и САТ. Это позволило с помощью первой методики оценить направленность личности по трем характеристикам (на себя — НС, на взаимные действия — НО и на задачу — НЗ), с помощью второй — уровень экстернальности-интернальности, с помощью третьей — уровень самоактуализации. В итоге получены следующие данные (таблица 17).

Таблица 17

Анализ результатов исследования

Название шкалы	Расшифровка шкалы	Среднее значение, стены
Шкала общей итернальности (Ио)	Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять и, таким образом, они чувствуют собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие испытуемые не видят связи между своими действиями и значимым событиям в их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство ситуаций — результат случая или действий других людей	5,07
Шкала интернальности в об/ости **достиже**-ний (Ид)	Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добиваются всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем. Низкие показатели по шкале Ид свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи и достижения обстоятельствам — везению, счастливой судьбе или помощи других людей	6.14
Шкала интернальности в области неудач (Ин)	Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низкие показатели Ип свидетельствуют о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения	5,46
Шкала интернальности в области семейных отношений (Ис)	Высокие показатели Ис означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий Ис указывает на то, что субъект считает партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье	5.54
Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип)	Высокий Ип свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности: в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении по службе и т. д. Низкий Ип указывает на то, что испытуемый склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению—невезению	4,04
Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им)	Высокий показатель Им свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию и т. д. Низкий Им, напротив, указывает на то, что он не считает себя способным активно формировать свой круг общения и склонен считать собственные отношения результатом действия своих партнеров	6,43

Продолжение табл. 17

Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)	Высокие показатели Из свидетельствуют о том, что испытуемый считает себя ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким Из считает болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей	6.64
Шкала компетентности во времени (Tc)	Включает 17 пунктов. Высокий балл по этой шкале свидетельствует, во-первых, о способности субъекта жить «настоящим», т. е. переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, а не просто как фатальное следствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей жизни»; во-вторых, ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, т. е. видеть свою жизнь целостной. Именно такое мироощущение, психологическое восприятие времени субъектом свидетельствует о высоком уровне самоактуализации личности. Низкий балл по шкале означает ориентацию человека лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и/или дискретное восприятие своего жизненного пути. Теоретическое основание для включения этой шкалы в тест содержится в работах Ф. Пэрла и Р. Мэя. Ряд эмпирических исследований также свидетельствует о непосредственной связи ориентации во времени с уровнем личностного развития	6,61
Шкала поддержки (I)	Самая большая шкала теста (91 пункт) измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействия извне («внутренняя—внешняя поддержка»). Концептуальной основой данной шкалы служили в первую очередь идеи А. Рейсмана об «изнутри» и «извне» направляемой личности. Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим и конфронтации с групповыми нормами. Он свободен в выборе, не подвержен внешнему влиянию («изнутри направляемая личность»). Низкий балл свидетельствует о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность), внешнем локусе контроля. Содержание данной шкалы, на наш взгляд, наиболее близко именно к этому последнему понятию. Как теоретические работы, так и психологическая практика свидетельствуют о правомерности включения указанной шкалы в методику в качестве базовой	46.04
Шкала ценностных ориентации (SAV)	Эта шкала (20 пунктов) измеряет, в какой степени человек разделяет ценности, присущие самоактуализирующейся личности (здесь и далее высокий балл по шкале характеризует высокую степень самоактуализации)	10,68
Шкала гибкости поведения (Ex)	Эта шкала (24 пункта) диагностирует степень гибкости субъекта в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, способность быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию. Шкалы ценностной ориентации и гибкости поведения, дополняя друг друга, образуют блок ценностей. Первая шкала характеризует сами ценности, вторая — особенности их реализации в поведении	11,46

Продолжение табл. 17

Шкала сенситивности к себе (Fr)	Эта шкала (13 пунктов) определяет, в какой степени человек отдает себе отчет в своих потребностях и чувствах, насколько хорошо ощущает и рефлексирует их	5,82
Шкала спонтанности (S)	Эта шкала (14 пунктов) измеряет способность индивида спонтанно и непосредственно выражать свои чувства. Высокий балл по этой шкале не означает отсутствия способности к продуманным, целенаправленным действиям, он лишь свидетельствует о возможности и другого, не рассчитанного заранее способа поведения, о том. что субъект не боится вести себя естественно и раскованно, демонстрировать окружающим свои эмоции. Шкалы 12 и 13 составляют блок чувств. Первая определяет, насколько человек осознает собственные чувства, вторая — в какой степени они проявляются в поведении	7,46
Шкала самоуважения (Sr)	Эта шкала (15 пунктов) диагностирует способность субъекта ценить свои достоинства, положительные свойства характера, уважать себя за них	9,71
Шкала самопринятия (Sa)	Эта шкала (21 пункт) регистрирует степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, возможно, вопреки последним. Шкалы 14 и 15 составляют блок самовосприятия	10.29
Шкала представлений о природе человека (Nc)	Состоит из 10 пунктов. Высокий балл по шкале свидетельствует о склонности субъекта воспринимать природу человека в целом как положительную («люди в массе своей скорее добры») и не считать дихотомии мужественности—женственности, рациональности—эмоциональности и т. д. антагонистическими и непреодолимыми	5.29
Шкала синергии (Sy)	Эта шкала (7 пунктов) определяет способность человека к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких как игра и работа, телесное и духовное и др. Шкалы 16 и 17 очень близки по содержанию, их лучше анализировать совместно. Они составляют блок концепции человека	4.14
Шкала принятия агрессии (А)	Состоит из 16 пунктов. Высокий балл по этой шкале свидетельствует о способности индивида принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы. Конечно же, речь не идет об оправдании своего антисоциального поведения	8,86
Шкала контактности (С)	Эта шкала (20 пунктов) характеризует способность человека к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми или, используя ставшую привычной в отечественной социальной психологии терминологию, к субъект-субъектному общению. Шкалы принятия агрессии и контактности составляют блок межличностной чувствительности	0,57
Шкала познавательных потребностей (Cog)	Шкала состоит из 11 пунктов и определяет степень выраженности у субъекта стремления к приобретению знаний об окружающем мире	5,11

Окончание табл. 17

Шкала креативности (Cr)	14 пунктов этой шкалы характеризуют выраженность творческой направленности личности. Шкалы познавательных потребностей и креативности составляют блок отношения к познанию. Они не имеют аналогов в POI и были включены в САТ по результатам экспертного опроса при создании методики, а также в связи с некоторыми общетеоретическими соображениями. Речь в данном случае идет в первую очередь о том, что в тест было необходимо ввести блок показателей, диагностирующих уровень творческой направленности личности как одного из концептуально важных элементов феномена самоактуализации	5,93
Личная направленность (направленность на себя —НС)	Создается преобладанием мотивов личного благополучия, стремления к личному главенству, престижу. Такой человек чаще всего бывает самим собой, занят своими чувствами, переживаниями и мало реагирует на потребности людей вокруг себя: игнорирует сотрудников или работу, которую должен выполнять. В труде видит прежде всего возможность удовлетворять свои притязания вне зависимости от интересов других сотрудников	29.93
Направленность на взаимные действия (НО)	Имеет место тогда, когда поступки человека определяются потребностью в общении, стремлением поддержать хорошие отношения с товарищами по работе. Такой человек проявляет интерес к совместной деятельности, хотя потом может и не способствовать успешному выполнению задания: нередко его действия даже затрудняют выполнение групповой задачи и его фактическая помощь может быть минимальной	32,5
Деловая направленность (направленность на задачу — НЗ)	Отражает преобладание мотивов, порождаемых самой деятельностью, увлечение процессом деятельности, бескорыстное стремление к познанию, овладение новыми навыками и умениями. Обычно такой человек стремится к выполнению работы как можно лучше, ему свойственна ориентация на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, полезное для достижения общей цели	29,21

24.2.2. Креативность и самоактуализация наркозависимых

Нами (В. Д. Менделевич, Л. Р. Вафина) проведено изучение *креативности и самоактуапизации* у 26 наркозависимых подростков и молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет с помощью опросников «САМОАЛ» и «МЕТАТЕСТ-2» (Л. *Я.* Дорфман).

Считается, что можно выделить четыре области исследований креативности: 1) исследования черт и мотивов креативной личности; 2) исследования «Я» в связи с креативностью; 3) креативность в контексте самоактуализации; 4) исследования креативности на границе с психиатрией, что относится к психопатологии или близким к патологии феноменам.

К. Мартиндейл утверждает, что креативность является скорее генеральной чертой личности, чем когнитивным навыком. В то же время креативность есть общая черта личности, а не множество связанных между собой личностных черт. Однако большинство авторов склонны выделять некоторое множество черт личности, присущих креативным людям. Например, Т. Амбалайл и М. Коллинз приводят перечень черт креативных личностей. В набор их характеристик включены: самодисциплина в части работы, независимость суждений, высокая степень автономности, склонность к риску, интернальный (внутренний) локус контроля. Похожий список черт креативных личностей предлагают Баррон и Хар-

рингтон. Эти черты включают в себя самостоятельность суждений, уверенность в себе, способность находить привлекательность в трудностях, эстетическую ориентацию и способность рисковать. Согласно Р. Кэттеллу, к наиболее доказанным чертам личности креативных людей в области науки и искусства относятся: шизотимия, радикализм, интроверсия, доминирование. Р. Рескин называет следующие черты: поглощенность собой, ориентация на самого себя; богатая внутренняя жизнь; самоутверждение и потребность в господстве и доминировании; готовность использовать других людей, отсутствие эмпатии; напористость и агрессивность; потребность в признании окружающими. Интерес представляет тот факт, что многие из перечисленных черт можно обозначить как специфические черты личности, способствующие возникновению наркозависимости.

Другие авторы отмечают связь уровня креативности с весьма разными чертами личности. Например, Д. Маккинон обнаружил, что высококреативные архитекторы характеризовались слабой социализацией, разнообразием психологических черт, комплексностью и независимостью. Архитекторы среднего уровня креативности показали высокую степень нейротизма. А наименее креативные архитекторы имели низкие показатели нейротизма, были хорошо приспособлены к нормам общества и профессии, хорошо социализированы.

Некоторые авторы стремятся строить типологии креативных личностей. Ф. Фарли выделяет особый тип — Т-личность. Она определяется как искатель возбуждения. Люди с таким типом личности могут достигать либо высокой степени креативности, либо демонстрировать деструктивное, даже криминальное поведение. В. И. Андреевым была разработана (1993) одна из первых отечественных классификаций творческой личности. Он выделял разнообразные типы творческих способностей и на их основе — личности творческого типа. Автором даются основные признаки и сама типология творческих личностей: интуитивист — художественный тип, логик — мыслительный тип, теоретик (логик-теоретик; теоретик-интуитивист), практик (экспериментатор), организатор, инициатор, исполнитель, художник (скульптор, писатель, музыкант, педагог).

Дифференциальный подход к человеку как творческой личности требует изучения мотивационно-потребностной сферы, которая выступает подлинным побудителем действий человека. Существует два типа мотиваций: внутренняя и внешняя. При этом под внешней мотивацией понимается исходящая из внешней по отношению к действующему человеку среды, как бы создающая стимул к деятельности. Причем иногда этот стимул может быть доминирующим в творческом движении человека. Внешняя мотивация может возникнуть не только как стимул извне. Она создается и как необходимость реализовать собственные морально-нравственные, мировоззренчески-установочные, эмоционально-волевые доминирующие в человеке стороны качества его личности. Подлинно внутренняя мотивация рождается в результате противоречий внутри познавательного поля между тем, что уже формализовано, и тем, что надлежит формализовать данному субъекту. Своеобразие мотиваций креативных личностей, как считает К. Мартиндейл, определяется широким кругом их интересов. Они открыты новому опыту и предпочитают новизну. Внутренняя мотивация преобладает над внешней.

Интенсивные исследования проблемы связи креативности и психопатологии начались в XIX в. Среди работ последних лет следует назвать, прежде всего, исследования Ф. Поста, А. Людвига, Г. Айзенка. Ф. Пост изучил биографии 350 всемирно известных креативных людей, чтобы определить, насколько у них были выражены психические отклонения. Среди них были художники, философы, ученые, государственные деятели и национальные лидеры, композиторы, романисты, драматурги. В биографиях были отмечены пять суицидов (Э. Хемингуэй, В. Ван Гог, А. Гитлер, Л. Больцман, П. И. Чайков-

ский). Двадцать два человека из этого списка предпринимали попытки к самоубийству. Писатели, артисты и интеллектуалы имели психосексуальные проблемы. Депрессивные состояния особенно превалировали у писателей. Алкоголизм был проблемой для писателей, артистов и композиторов, в наименьшей степени — для политиков и интеллектуалов и мало проявлялся у ученых.

А. Людвиг изучал связи между психическими болезнями и высокими креативными достижениями на материале анализа биографической информации о людях, которые жили в XX в. и достигли исключительно высоких результатов в искусстве, науке, военном деле, бизнесе, общественной деятельности. Он образовал выборку в 1000 человек, выделил в ней две крайние подгруппы, которые вошли в верхний (250 человек, высшая элита) и нижний (249 человек, элита менее высокого уровня) квартили. Было установлено на статистически высоком уровне значимости, что представители высшей элиты страдали хроническими болезнями и психическими расстройствами, особенно депрессией, алкоголизмом, соматическими проблемами.

Г. Айзенк (1978) изучал эту же проблему в ином ключе. Он опирался на психометрический метод исследования. В 1952 г. он предположил, что структуру личности, помимо нейротизма, интроверсии—эстраверсии, определяет и такая черта, как психотизм. Последующий анализ психотизма показал, что при его высоком уровне личность обнаруживает, с одной стороны, большую степень креативности, а с другой — агрессивность, антисоциальность, недружественность, упрямство и грубость.

В западной литературе различают т. н. большую креативность и малую креативность. Малая или личностная креативность относится к обыденной жизни и житейским ситуациям. Большая или историческая креативность, наоборот, имеет дело с достижениями, оказавшими значительное влияние на культуру и общество.

Креативность в русле самоактуализации следует понимать как малую или личностную креативность. Креативность здесь — это естественная тенденция к личностному балансу, психическому здоровью и самоактуализации. Краеугольные камни в это направление заложили А. Адлер, А. Маслоу и К. Роджерс. А. Адлер усматривал креативность «Я» в свободе выбора между альтернативными жизненными стилями и финальными целями. Хотя цели могут инициироваться наследственностью и культурными фактами, в конечном итоге цель возникает благодаря креативной силе индивидуальности. Благодаря ей ограничения, которые налагает стиль жизни, могут быть в значительной мере ослаблены, открывая дверь полному функционированию жизни индивида.

По А. Маслоу, в самоактуализации личность проявляет интегрированность и преодолевает расщепленность. Благодаря эпизодам самоактуализации личность становится более открытой опыту, совершенной и спонтанной, независимой от низших потребностей. Креативность — одна из важнейших характеристик самоактуализации.

Концепция актуализирующейся тенденции К. Роджерса включает всю область мотивации, потребности, редукцию напряжения, а также креативность, выражающуюся в поиске тенденции к удовольствию. Идеальные условия жизни создаются благодаря полному функционированию личности. Это означает, что личность свободно выражает свои чувства, совершает независимые поступки, является креативной и живет «хорошей» жизнью. «Хорошая жизнь есть процесс, а не состояние бытия. Это — направление, а не место назначения», — писал К. Роджерс.

Несомненно, креативность тесно связана с самоактуализацией, с определенными чертами личности, и может иметь корреляции с психопатологией. В литературе не было найдено сведений об исследованиях креативности у лиц с наркотической зависимостью, кроме биографий и автобиографий знаменитых людей, которые упоминают лишь об

употреблении ими наркотических средств (М. Монро, Э. Пресли, М. Булгаков, В. Гог, Д. Моррисони др.).

Опросник «САМОАЛ», использованный в исследовании, содержит 12 шкал. Их краткие характеристики.

1. Шкала ориентации во времени: насколько человек живет настоящим, понимает ценность жизни «здесь и теперь», наслаждается актуальным моментом.

2. Шкала ценностей: насколько человек разделяет ценности самоактуализируюшейся личности, к числу которых относятся истина, красота, добро, целостность, самодостаточность, простота.

3. Взгляд на природу человека: вера в людей, могущество человеческих возможностей; также эта шкала характеризует взгляд на межличностные отношения. Высокие баллы — положительный взгляд, низкие — негативный.

4. Потребность в познании: открытость новому опыту, бескорыстная жажда нового, интерес к объектам, не связанный с удовлетворением каких-либо потребностей.

5. Креативность или стремление к творчеству — непременный атрибут самоактуализации, что можно попросту назвать творческим отношением к жизни.

6. Автономность, по мнению большинства гуманистических психологов, является главным критерием психического здоровья личности, ее целостности и полноты. Самоактуализирующаяся личность автономна, независима, свободна, однако это не означает отчуждения и одиночества.

7. Спонтанность: естественность, непосредственность, «легкость без усилий». Способность к спонтанному поведению фрустрируется культурными нормами, в естественном виде ее можно наблюдать разве что у маленьких детей и истинно творческих людей.

8. Самопонимание. Высокие баллы свидетельствуют о чувствительности к своим желаниям и потребностям. Такие люди свободны от психологических защит, они не склонны подчинять собственные вкусы и оценки внешним социальным стандартам. Низкие баллы — ориентация на мнение окружающих.

9. Аутосимпатия вовсе не означает тупого самодовольства, это просто хорошо осознаваемая Я-концепция, служащая источником устойчивой, адекватной самоактуализации.

10. Шкала контактности измеряет общительность личности, здесь рассматривается как общая предрасположенность к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми.

11. Шкала гибкости в общении. Высокие баллы — способность к самораскрытию в общении. Такие люди ориентированы на личностное общение, не смешивают самораскрытие личности с самопредъявлением. Низкие баллы характерны для людей ригидных, не уверенных в собственной привлекательности.

12. Стремление к самоактуализации — общий показатель того, насколько человек стремится стать самоактуализирующейся личностью.

В модели Л. Дорфмана центр схемы образует «Я» экзистенциальное как целое. Оно характеризуется как единство во множественности. Его базовые компоненты: 1) Я-авторское, 2) Я-воплощенное, 3) Я-превращенное и 4) Я-вторящее. Вторичные компоненты: 5) Я-внутреннее, 6) Я-внешнее, 7) Я-расширение (авторское), 8) Я-расширение (вторящего), 9) Я-расширение (систем), 10) Я-расширение (подсистем).

Я-авторское характеризует «Я» как самостоятельную инстанцию в смысле ее относительной независимости от внешних влияний. Я-авторское можно характеризовать как а) индивидуальную идентичность; б) имманентную силу, разворачивающую заложенные в нем возможности (Маслоу, 1968; Роджерс, 1961); в) инстанцию, осознающую аль-

тернативы и управляющую выборами в ситуациях неопределенности (Д. Леонтьев, Р. Мей); г) агент регуляции событий внешнего и внутреннего мира.

Я-воплощенное проявляется в а) продуктах самоосуществления (самореализации, самоактуализации) Я-авторского; б) в личностных вкладах (по А. В. Петровскому и В. А. Петровскому); в) трансформациях объекта в результате его подчинения Я-авторскому (Л. И. Дорфман).

Я-превращенное обнаруживаете! в а) его отождествлении с актуальными или б) новыми значениями объектов и других людей; в) принятии социальных ролей. Эмпирически обнаруживается как самоотчуждение.

Я-вторящее реагирует на внешнее влияние (пассивно/активно) и характеризуется а) социальной идентичностью; б) подверженностью влияниям принятых социальных ролей на самовосприятие; иногда в) отказом от Я-авторского в пользу переживаний внешних впечатлений и событий.

Я-внутреннее — сочетание Я-авторского и Я-вторящего. Характеризуется как внутренняя свобода, автономность, индивидуальная идентичность. Наиболее близкими к Я-внутреннему являются Inner self (К. Роджерс). Я-внешнее — совокупность Я-воплощенного и Я-превращенного.

Я-расширение (авторское) — совокупность Я-авторского и Я-воплощенного; характеризует узость-широту Я-авторского, его силу, выбор в ситуациях неопределенности.

Я-расширение (вторящее) — сочетание Я-превращенного и Я-вторящего; характеризует полноту принятия социальных ролей, выраженность ориентации на социальные ожидания.

Я-расширение (систем) — сочетание системных и регуляторных качеств Я-авторского и Я-превращенного.

Я-расширение (подсистем) — сочетание подсистемных регулируемых качеств Я-воплощенного и Я-вторящего.

По «МЕТАТЕСТУ-2» наиболее выраженными получились показатели Я-превращенного (6,63), Я-авторского (5,85), Я-вторящего (5,73), Я-внутреннего (5,54) [max 10 стенов]. По «САМОАЛ» показатели шкал имели выраженность от 0 до 100%. В данной группе испытуемых показатели следующих шкал превышали 50%: контактность— 56,92%; самопонимание — 54,74%; гибкость в общении — 52,69%; потребность в познании — 52, 54%; креативность — 52,52%; автономность — 52,52%; аутосимпатия — 50,98%.

Как видно из полученных в процессе исследования данных, наркозависимые люди обладают достаточной силой Я-авторского, чтобы справляться с жизненными трудностями, т. е. имеют инстанцию, относительно независимую от внешних влияний. Однако показатели таких инстанций, как Я-превращенное и Я-вторящее. говорят о самоотчуждении и подверженности влиянию социальных ролей на самовосприятие, что может также трактоваться как «отказ от Я-авторского в пользу переживаний внешних впечатлений и событий». В то же время Я-авторское имеет достаточно прочные связи со спонтанностью, аутосимпатией, креативностью (здесь— как стремление к творчеству) и со стремлением к самоактуализации, являющимися системообразующими компонентами структуры личности. Кроме этого, испытуемые имеют все качества самоактулизирующейся личности, и эти качества достаточно выражены. Это высокая потребность в познании, открытость новому опыту, автономность и независимость, стремление к самораскрытию в общении с другими людьми, зрелость и самоподдержка. Таким образом, обнаруживается парадокс. С одной стороны, эти люди имеют все данные самоактуализирующейся личности, с другой — они принимают наркотики, не приводящие к развитию личности. Остается вопрос, каким образом наркомания и креативность связаны

между собой? Какую роль выполняет креативность по отношенншю к структуре личности и «Я»? Креативность интегрирует личность и «Я» или, наоборот, приводит к их дифференциации и фрагментации, что может способствовать возникновению таких последствий, как наркомания?

По 3. Фрейду, творчество — это сублимация, т. е. разрядка накопленной психической энергии в социально одобряемой форме деятельности. Если человек не может ее сублимировать, то она трансформируется и проявляется в виде невроза. Можно предположить, что и наркомания — своеобразный «невроз». И тогда самоактуализация у лиц с наркозависимостью все же происходит. Но не в реальном мире, а в иллюзорном, виртуальном мире, куда они уходят с помощью приема наркотических веществ, осуществляя тем самым «иллюзорную деятельность» (по Братусю, 1984).

24.2.3. Психологическое исследование особенностей понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности наркозависимыми

Нами (В. Д. Менделевич, А. В. Фролова) были обследованы 50 наркозависимых в возрасте от 17 до 45 лет. Для изучения индивидуально-психологических характеристик испытуемых был необходим «многосторонний портрет» человека, включающий такие структурные компоненты личности, как: самооценка, стиль межличностного поведения, черты характера, ведущие потребности, возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, фон настроения. Поэтому в качестве адекватных методов исследования личностных особенностей испытуемых использовались СМОЛ (адаптированный и модифицированный вариант MMPI), метод цветовых выборов (тест Люшера), метод портретных выборов Сонди—Собчик. Речевые высказывания исследовались с помощью метода семантического дифференциала Осгуда, контент-шкал Готшалка—Глейзера.

Для выполнения поставленных задач были использованы специально разработанные анкеты («Подозрительность — это...», «Зависть — это...», «Ревность — это...», «Агрессивность — это...», «Любовь — это...»). В основу анкет был положен принцип свободных формулировок, что создавало предпосылки для анализа особенностей толкований индивидуального понимания личностных качеств и позволило дифференцировать различные типы поведенческих девиаций. Наряду с количественным анализом эмпирических данных осуществлялся качественный анализ экспериментальных результатов. Применялись методы математической статистики (для определения достоверности различий средних значений показателя между выборками был использован t-критерий Стьюдента, критерий Фишера, коэффициент линейной корреляции Пирсона).

Для изучения особенностей специфики понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности наркозависимыми на первом этапе проведения эксперимента были поставлены следующие задачи: 1) выделение индивидуальных особенностей толкований в дефинициях личностных качеств в группе испытуемых; 2) выявление выраженности лексико-семантических показателей тревоги, агрессии, депрессии в речи пациентов с наркоманией.

Для анализа особенностей толкований индивидуального понимания личностных качеств использовались специально разработанные анкеты «Подозрительность», «Ревность», «Зависть», «Агрессивность», «Любовь». В их основу были положены принцип сбора формулировок понимания об эмоционально-значимых качествах личности. Формулировки давались в свободной форме, что привело к отражению в них реальных представлений испытуемых о конструкциях качеств, их назначении, пределах их действия.

Анкеты были представлены в виде развернутых высказываний, которые, являясь «репрезентантом личности», предопределили максимальную выраженность индивидуально-психологических особенностей испытуемых.

Жанр анкет — развернутые речевые высказывания, представляющие собой (по определению Л. Витгенштейна) «форму жизни» (поведение людей, основанное на определенной системе представлений о мире). Эти речевые высказывания используются человеком в качестве «правил жизни», поэтому анкеты явились носителями жизненных ориентации, в своей совокупности выступающих как «философия жизни» личности, ее идеология, представленная в языковой форме.

Для анализа были выбраны пять качеств: подозрительность, зависть, ревность, агрессивность, любовь. Эти качества значимы для испытуемых, поскольку особенностями эмоциональной сферы пациентов с наркоманией были такие чувства, как гневливость, раздражительность, ревность, разочарованность, неудовлетворенность, отчужденность, запрет на близость, порождающий чувство безнадежности и пустоты жизни, зависть к окружающим, убежденность, что другие им завидуют. Эти категории лежат в основе девиантных форм поведения (в том числе асоциальных, противоправных форм поведения), они отражают отношение человека к миру, к другим людям, к самому себе (Менделевич,2001).

Таким образом, речевая продукция выступила в качестве «проективного» материала, аналогично рисуночным, цветовым и другим используемым в клинической практике проективным методикам. В результате было создано описание каждого качества, охватывающее все его индивидуальные дефиниции и составляющее индивидуальную семантическую концепцию понимания.

В эксперименте для исследования понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности лицами с зависимыми формами поведения был использован метод анализа речевого содержания Л. Готшалка и Г. Глезера (1961). Метод представляет собой психоаналитический инструмент для диагностики осознанных и неосознанных аффектов в содержании устной и письменной речи. Метод включает в себя несколько шкал, диагностирующих аффективные состояния и страхи. Контент-шкалы Готшалка—Глезера позволили оценить выраженность в индивидуальных определениях таких состояний, как тревога, агрессия, депрессия, поскольку назначение данного метода — оценка отражения в речи эмоциональных состояний.

Л. Готшалк и Г. Глейзер выделили несколько видов тревоги: тревогу по поводу смерти, тревогу по поводу увечья, тревогу разобщения, вины, стыда и неопределенную тревогу, атакже три вида агрессии: 1) открытую, к которой относились высказывания, касающиеся мыслей и действий, связанных с разрушением, критикой, направленными на других людей; 2) скрытую — высказывания испытуемого, касающиеся агрессивных мыслей и действий, выражаемых одними людьми по отношению к другим; 3) амбивалентную, отражающую разрушительные, критические мысли и действия других по отношению к говорящему. На основании этих сведений исследователи пришли к выводу, что получаемые с помощью контент-шкал данные отражают актуальное состояние человека.

Авторы метода считают, что в результате установления частоты появления определенных категорий в речевых высказываниях возможно измерение величины аффекта. Другими словами, чем сильнее аффект, тем чаще по сравнению с другими будут использоваться в речи соответствующие высказывания. Поэтому для определения, в какой степени человеку присуща, например, тревога «социального неодобрения», в толкованиях выделялись высказывания, входящие в понятие тревоги «социального неодобрения» (высказывания об отрицательной критике, оскорблении, осуждении, моральном

неодобрении; вине или угрозе таковых, высказывания о насмешках, неполноценности, стыде, смущении, унижении, чрезмерное выделение недостатков или подробностей личного характера), с последующим подсчетом частоты употребления этих смысловых единиц. Иначе говоря, речевой материал анализировался на наличие высказываний, прямо или косвенно связанных с агрессией, тревогой, депрессией. При этом анализировалось количество высказываний в тексте, отмечалось только их наличие и качественная их оценка.

Каждое определение оценивалось по выраженности в речевом материале: тревоги по поводу смерти и физического неблагополучия; тревоги социального неодобрения; тревоги разобщения. Тревогу смерти и физического неблагополучия (в данное понятие входят высказывания о смерти, угрозе смерти, опасения о состоянии здоровья и т. д.) в дефинициях обнаруживают 34% больных наркоманией. В индивидуальных дефинициях здоровых лиц высказывания подобного рода не встречаются. 56% больных наркоманией демонстрируют частое употребление высказываний, связанных с тревогой разобщения (высказывания об оставлении, заброшенности, утрате поддержки). Помимо этого у испытуемых нередко встречаются высказывания об осуждении, моральном неодобрении, о чувстве вины, о насмешках, неполноценности, стыде, смущении, унижении, чрезмерное выделение недостатков личного характера. Проявление в толкованиях *тревоги социального неодобрения* наблюдается у 60% больных наркоманией.

Полученные данные согласуются с личностными особенностями испытуемых. Чувствительность к оценке себя другими людьми, боязнь осуждения, неумение жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами, плохая переносимость трудностей повседневной жизни — эти личностные особенности больных наркоманией отражаются в индивидуальных толкованиях в виде повышенной степени *тревоги разобщения* (56%).

Обнаружено, что актуализация различных типов тревоги зависит от темы определений. 34% больных наркоманией в определениях «агрессивности», «ревности» высказываются о несчастных случаях, о телесных повреждениях (по пункту шкалы тревоги по поводу смерти и физического неблагополучия). В группе испытуемых наблюдается разброс в проявлениях скрытой формы агрессии в речевых высказываниях. По пункту шкалы скрытой афессии (которая включает высказывания об отрицательной критике, брани, гневе других людей) в фуппе больных наркоманией степень проявления этого типа агрессии значительно высока (62%). 6% испытуемых больных наркоманией в определениях «агрессивности», «зависти» отрицают у себя наличие неприязни, гнева, жестокости. Отрицание «внутренней реальности», неспособность управлять своими аффектами, аддиктивный паттерн, вероятно, приводят к тому, что 16% больных наркоманией высказываются о том, что «другие люди» разочаровывают, обманывают, проявляют жестокость. Отметим, что испытуемые определяют окружающую среду как «злую, бездушную» и т. д.

Анализ дефиниций испытуемых по шкале *открытой агрессивности* показывает, что половина испытуемых выражает гнев, неприязнь по отношению к другим людям в определениях «агрессивности» и «ревности», неуважительно высказывается об окружающей среде в толкованиях «зависти».

Об отсутствии цели в жизни высказываются 48% больных наркоманией.

24.2.4. Изучение корреляций между индивидуально-психологическими и психосемантическими характеристиками наркозависимых

Мы предположили, что понимание и толкование эмоционально значимых качеств личности коррелируете клиническими психологическими и психопатологическими осо-

бенностями. Поэтому для изучения индивидуально-психологических характеристик испытуемых был необходим «многосторонний портрет» человека, включающий такие структурные компоненты личности, как: самооценка, стиль межличностного поведения, черты характера, ведущие потребности, возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, фон настроения. В качестве адекватных методов исследования личностных особенностей наркозависимых использовались СМОЛ, тест Люшера, метод портретных выборов Сонди.

Для диагностики эмоциональной сферы, выявления функционального состояния испытуемого и устойчивых черт его личности в качестве инструмента исследования использовался восьмицветовой тест Люшера.

Испытуемые в контрольной группе, в отличие от больных наркоманией, выбирали красный цвет на первые два места (различия между выборками в основном касаются первых двух мест). Красный цвет в позиции явного предпочтения свидетельствовал об активной направленности на познание жизни и деятельности, о силе волевых усилий, энергичности. Обратная картина наблюдалась при распределении черного цвета: больные наркоманией ставили черный цвет в позицию «++». Это свидетельствовало о весьма негативном состоянии, ощущении враждебности окружающих, желании отгородиться от среды, негативизме, агрессивно-деструктивной импульсивности.

В группе больных наркоманией и контрольной группе различие между выборками заключается в том, что у больных наркоманией красный цвет находился в отвергаемой позиции, респонденты же контрольной группы ставили красный цвет на первые три места. В группе больных наркоманией предпочтение отдавался черному цвету (в этой группе он стоял на первом месте), а в контрольной группе черный цвет находился в позиции антипатии.

Далее, чтобы получить усредненный выбор распределения цветов в каждой группе, мы перевели ранговую шкалу в шкалу интервалов. При этом мы пользовались следующим допущением: различия между соседними рангами равны единице. Таким образом, частоту выбора цвета, находящегося на первом месте, мы умножали на 8, находящегося на втором месте — на 7, находящегося на третьем месте — на 6 и т. д. Затем полученные значения мы сложили. В результате были получены суммы, отражающие усредненное распределение частот. Перевод из ранговой шкалы в интервальную имел достаточно условный характер.

Характеристиками контрольной группы стали: оптимнеточность, эмоциональная устойчивость, легкое вживание в разные социальные роли, потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий, поиски признания и стремления сопричастности в межличностном взаимодействии. Склонность к плодотворному сотрудничеству без притязаний на лидирующую позицию. Умение сглаживать конфликты, сдерживать собственные непосредственные реакции. Хороший самоконтроль при достаточной активности, потребность распоряжаться своей судьбой. В то время, как у больных наркоманией на первой и второй позициях присутствовал один из основных цветов. Однако в целом состояние характеризовалось напряженностью, типичным было ощущение враждебности окружающих, уязвимое самолюбие, выраженный контроль в сфере чувственности приводил к изоляции. Отмечалась потребность в необычных приключениях, волнующих событиях. Помимо этого как характерные отмечены эгоцентризм и стремление к независимости, с одной стороны, а с другой — зависимость от окружения, стремление добиться признания, восхищения и связанное с этим понимание необходимости контролировать себя и свои эмоциональные проявления. Индивидуальные варианты этой общей характеристики, как показывали результаты исследования, различны.

Для выполнения поставленных задач в эксперименте использовался СМОЛ (адаптированный и модифицированный вариант Миннессотского многопрофильного опросника личности (MMPI), т. к. он позволяет обнаружить «личностные особенности и проблемы человека» (Собчик, 2000).

Контрольная группа испытуемых отличалась низкими показателями (35Т), что указывало на эгоцентризм, неконформность установок, грубоватую и жесткую манеру поведения, циничный взгляд на жизненные явления. Но, несмотря на идентичные характерологические черты женщин и мужчин контрольной группы, в результате анализа профиля были обнаружены различия среди испытуемых женщин и мужчин: мужчины продемонстрировали меньший уровень напряженности, большую степень психологического комфорта, тенденцию к отрицанию психологической конфликтности. Они также проявляли большую искренность. Результаты корреляционного анализа показали, что у здоровых лиц женского пола взаимосвязаны 4-я, 7-я, 8-я, 6-я, 2-я шкалы.

Анализ мужского профиля больных наркоманией позволил обнаружить преимущественно астенический тип реагирования с чертами шизоидности. Он характеризовался следующими чертами: растерянностью, страхами, явлениями дереализации, расстройствами сознания, замкнутостью, своеобразием суждений, непредсказуемостью и возможной непонятностью высказываний, изобретательностью, сниженным уровнем побуждений. Изучение профиля показало снижение эмоционального аспекта, уровня побуждений и общительности на фоне тревожных реакций. Показатели восьмой шкалы выявили у испытуемых данной группы нестандартность мышления и необычность переживаний, недостаточную способность к интуитивному пониманию причин поведения окружающих. При этом проявлялась аффилиативная потребность (пик по второй шкале — 60Т), никогда полностью не удовлетворяемая из-за неспособности ее оценить и адекватно воспринять. По показателям 6-й шкалы в поведении испытуемых отмечены черты недостаточной гибкости, неспособность отказаться от своей точки зрения, изменить концепцию, сочетающиеся с недостаточной волевой саморегуляцией. Показатели 3-й шкалы указали на такое свойство, как недостаточная спонтанность в социальных контактах. Умеренно выраженная 8-я шкала отразила ощущение разобщенности с миром и окружающими в мужской группе больных наркоманией. Значимо взаимосвязанными оказались все шкалы, исключение составила шкала достоверности.

Женщины, больные наркоманией, обнаружили смешанный тип реагирования с выраженными чертами шизоидности, снижением эмоционального фона, уровня побуждений и общительности. Умеренно повышенная 4-я шкала (70Т) и выраженная 8-я (75Т) выявили у испытуемых рассматриваемой группы черты нонконформизма, противопоставления своих субъективных установок, взглядов и суждений окружающим, жесткость и эгоцентричность мнений. Так как межличностные связи в данной группе испытуемых затруднены, нарушалась социальная адаптация, возрастали сложности усвоения социальной нормы, повышалась вероятность недоразумений. Проблемность повседневных контактов приводила к большему увеличению изоляции, усилению ощущения внутренней напряженности. На фоне амбивалентности в отношениях с окружающими проявлялись симбиотические тенденции. Недостаточность социальных контактов привела к беспокойству по поводу принадлежности и значимости своей личности, что стало основой для аутического фантазирования и формирования аффективно насыщенных идей. Показатели 8-й шкалы обнаружили защитный механизм, проявлявшийся при трансформации тревоги: интеллектуальная переработка, уход в мир мечты и фантазии. Повышенная восьмая шкала в профиле женщин, больных наркоманией, отразила обособленно-созерцательную личностную позицию, склонность к раздумьям, превалирующую над чув-

ствами и действенной активностью, отрыв от реальности и трудности адаптации к обыденным формам жизни. Женская часть группы больных наркоманией характеризовалась нарушением адекватно-эмоционального реагирования, отсутствием естественной эмоциональной окраски в поведении, утратой способности к интуитивному пониманию окружающих. Пик профиля по 7-й шкале в рассматриваемой группе отразил высокую чувствительность к средовым воздействиям, повышенную чуткость к опасности, пессимизм, безысходность и ощущение разобщенности с миром окружающих, тревожность.

В результате анализа профилей больных наркоманией были выделены следующие различия между испытуемыми женщинами и мужчинами: женщины проявляли более высокий уровень аутичности, эмоциональной напряженности и астенизации в сочетании с значительно большей импульсивностью и чертами несдержанности, ухудшавшими социальную адаптацию и ввергавшими пациенток в сомнительные контакты. Значимо взаимосвязанными в женской подгруппе оказались шкалы 7-я, 8-я, 1-я и шкала коррекции. Мужскую и женскую группу объединили следующие личностные свойства: смешанный тип реагирования с выраженными чертами шизоидности, снижением эмоционального фона, уровня побуждений и общительности, обособленно-созерцательная личностная позиция, аналитический склад мышления, склонность к раздумьям, превалирующая над чувствами и деятельной активностью.

Изучив профиль данной группы, можно предположить, что испытуемые больные наркоманией испытывали трудности адаптации к обыденным нормам жизни, возможна утрата ими способности к интуитивному пониманию окружающих и проигрыванию их ролей, отмечены также нарушение адекватного эмоционального реагирования, черты эксцентричности, отсутствие естественной эмоциональной окраски в поведении. Затрудненность повседневных контактов неизбежно приводила к еще большему увеличению изоляции, к ощущению внутренней напряженности.

В связи с затруднением межличностных связей в данной группе испытуемых нарушалась социальная адаптация, возрастали трудности усвоения социальной нормы, повышалась вероятность недоразумений, проявлялась неприспособленность к тем или иным условиям.

Больные наркоманией в большей степени, чем остальные, склонны к проявлениям стеничности, протестным реакциям, нонконформизму, импульсивности и суицидальным проявлениям. У них ярче выражен комплекс «неудачника» и характерная картина химической зависимости (2^-я шкалы). Однако они демонстрировали существенно большее миролюбие, способность изменить концепцию, гибкость поведения.

Для определения индивидуальных качеств испытуемых (характера, эмоциональной сферы, особенностей межличностного поведения) был использован тест восьми влечений Сонди. В основе теста— принцип связи выбора портретов и индивидуальных характеристик испытуемых. Назначение методики — выявление направленности испытуемого, возможность проанализировать глубинный характер влечений человека.

Согласно теории влечения Сонди, факторы влечений — это ведущие жизненные радикалы. Каждый из восьми факторов влечений обусловил определенный набор характеристических черт, позволяющий понять типологическую принадлежность испытуемого: h — сексуальная недифференцированность; s — садизм; e — эпилептоидные тенденции; hy — истерические проявления; к—кататонные проявления; p — паранойяльные тенденции^— депрессивно-меланхолические черты; m — маниакальные проявления.

В результате качественного и количественного анализа было выявлено, что 21 % испытуемых контрольной группы и 21,4% больных наркоманией обнаружили тенденции к самопожертвованию, персональной любви, подверженность внешнему влиянию, жела-

ние нравиться (h+). Относительный спад деструктивных наклонностей, контроль над агрессивными проявлениями был обнаружен у испытуемых контрольной группы (11,4%). Сочетание h+SO, составляющих вектор социальных влечений, указало на выраженную потребность в глубокой привязанности. Спад агрессивных установок, вплоть до полной пассивности, наблюдался у некоторых больных наркоманией (7,1%). Эти испытуемые характерологически отличались сентиментальностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, нерешительностью. Ведущим мотивом было избегание неуспеха, стремление найти нишу и защиту в виде более сильной доброжелательной личности. Оказалось, что стиль общения характеризовался у испытуемых этих групп кажущейся конформностью и зависимостью при бесконфликтной тяге к независимости, стремлении уйти в мир идеальных отношений.

По фактору S (суть этого фактора — в потребности к разрушению и саморазрушению, в садизме-мазохизме): 3,5% здоровых лиц и 10% больных наркоманией продемонстрировали пассивно-мазохистические тенденции (S-), моральный мазохизм, проявлявшийся в самоуничижении и самоотвержении. Реакцию (S-!; S) суицидальных тенденций показали 7% испытуемых больных наркоманией.

Эмоциональную экзальтированность, желание демонстрировать свою совестливость, порядочность, добродушие обнаружила значительная часть испытуемых (е+hy-).

По моральному фактору (hy) часть группы больных наркоманией обнаружила повышенную тревожность (е-пу-), другая — продемонстрировала прилив аффектов. 7% наркозависимых и 9% здоровых лиц показали среднюю позитивную реакцию (hy+), свидетельствующую о склонности выставлять себя напоказ, о демонстративности, истерии, «мании величия», эксгибиционизме.

Сочетание факторов (к-р+) наблюдалось у больных наркоманией (10%) и здоровых лиц составило портрет социально адаптированной личности с развитым самоконтролем. Болезненная деформация влечений наблюдалась по вектору Sch у наркозависимых (10%), что отражалось в выраженной деструкции, утрате доверия к близким людям, негативизме, вытеснении из сознания истинных влечений и параметре «склонности к алкоголизму и наркомании».

К классу «латентных параноиков» (р-) были отнесены 7% здоровых лиц и 15% больных наркоманией, стремящихся вырваться из «параноидного вихря» (по Сонди) с помощью защитных механизмов по типу истерических проявлений. К классу «грезящих наяву» с отчуждением собственного «Я» были отнесены 10% больных наркоманией, собственные действия которых временами могли казаться им чужими.

Отмечались ипохондрия, депрессивные переживания, фобические и навязчивые явления, демонстративные суицидальные попытки — характерные особенности испытуемых, продемонстрировавших данную реакцию (к-!).

У 21,4% испытуемых больных наркоманией в амбиэквальных и разряженных реакциях по фактору к преобладала положительная реакция при р-, выявляющая аутистически импульсивное, детски незрелое «Я» с эгоистическими, эгоцентрическими, нарциссическими склонностями. Инерция и перемены, прилипание и поиск, алчность и расточительство, консерватизм и свободомыслие, страсть к собирательству и щедрость — все эти антитезы, по мнению Сонди, отражены в факторе d. «Этот фактор то делает человека счастливым, то влекомым к смерти».

По фактору d= (именно этот фактор был выбран 9% больных наркоманией) обследованные характеризовались стремлением держаться за старое и былое, застреванием в бесцельном консерватизме. Реакция d - отразила личностные особенности: 1) инфантилизм в сфере межличностных контактов; 2) неспособность перестроиться на другой тип деятельности.

К классу «вечно покинутых» (т-) были отнесены 10,7% обследованных. По фактору m эти респонденты обнаружили признак несчастливой связи, несущей характер навязчивости, неустойчивости в поисках прочного контакта, отсутствия доверия. 25,7% наркозависимых и 15% испытуемых контрольной группы показали реакцию т+!, что позволило отнести их к классу «судорожно-привязывающихся». «Для всех представителей этого класса характерно стремление к чему-либо привязаться. Сознание утраченного идеала делает их неспособными к обретению своего объекта, нет чувства меры в их гедонических увлечениях, но при внешней яркости их жизни внутренне он опустошены»).

Представителями класса «непризнанных гениев» (р+) стали 8% больных наркоманией и 5% здоровых лиц, у них присутствовало ощущение собственной гениальности, жажда власти.

По вектору С значительная часть здоровых лиц (28%) и 15% больных наркоманией проявили себя как открытые, коммуникабельные люди, с удовольствием идущие на контакт. Характерными оказались: тенденция к сотрудничеству, активная сопричастность групповым интересам, потребность в самореализации, в выражении индивидуальности, что определяло самостоятельность, независимость; настойчивость в достижении цели и в то же время стремление потакать своим слабостям; поверхностность в контактах с окружающими. Личностная структура: неустойчивая мотивация, эмоциональная мобильность, экстравертированность, гибкость и общительность в контактах с окружающими; художественное наглядно-образное восприятие, реакция на стресс — эмоционально-яркая со склонностью к страхам; механизм защиты — психосоматический или по типу вытеснения.

На основе приведенного выше анализа был определен профиль склонностей, отражающий личностные особенности и болезненные симптомы при деформации влечений. У испытуемых контрольной группы были выделены следующие преобладающие тенденции: активность, предприимчивость (s+), склонность к самопожертвованию (h-s-), оптимистичность (d+), демонстративность и тщеславие (hy+), развитый самоконтроль, социальная адаптированность, общительность, этическая проблема борьбы между добром и злом как базисная наклонность.

Больные наркоманией выявили следующие тенденции: обращенность в мир внутренних переживаний, отсутствие тенденции к установлению прочных контактов (d+mO), потребность в глубокой привязанности (инфантилизм в межличностной сфере), аффективные колебания, неадекватна самооценка, «каиновы» тенденции (гнев, ярость, неприязнь, сочетающиеся с демонстративностью).

Характерной особенностью испытуемых генеральной выборки стали трудности в сфере межличностных отношений. Большинство испытуемых и лишь 10% респондентов контрольной группы показали такие особенности поведения, как отчуждение, уединение, избегание реальности, значительная неприступность, желание отойти от конвенционального общества, тенденции отгораживаться от окружения. Большая часть опрошенных продемонстрировала нежелание впускать окружающих внутрь своего «Я», чувство несоответствия, неадекватности и нерешительности в социальных ситуациях. У наркозависимых было выражено стремление уйти в мир идеальных отношений, в мир фантазий. Большинству испытуемых была свойственна попытка замаскировать желание быть одиноким, сочетавшаяся с поверхностным дружелюбием. Все испытуемые показали повышенную озабоченность вопросами самоуважения и преувеличение собственной значимости.

Другой признак, выделенный нами по результатам теста Сонди и объединивший испытуемых, — это ярко выраженные защитные тенденции, охрана внутреннего мира,

осторожность, мнительность, скрытность поведения (в некоторых отдельных случаях наблюдалась болезненная деформация влечений — чувство деперсонализации, агрессивность; последняя, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявлялась вспышками разрушительной враждебности; интроверсия могла трансформироваться в аутичность, пассивность — в мазохизм, пессимистичность — в депрессию, сенситивность — в ипохондричность).

Тесно соединенной с выявленными защитными тенденциями поведения испытуемых оказалась такая характеристика, как тревога. Она была связана прежде всего со сферой межличностных отношений. Обращал на себя внимание факт присущей многим испытуемым тревоги из-за контроля за своими эмоциями, поведением. Мы предположили, что она соотносится (по данным теста) как с потребностью большего контроля, так и с ощущением чрезмерной импульсивности собственных поступков.

Следует отметить такие характерные для испытуемых качества, как отсутствие уверенности в себе, в своих действиях или убеждениях, робость, чувство малоценности. Экспериментально была доказана типичность акцентуации психопатологических черт, трудности в социальной адаптации, тревожность, мнительность, склонность к преувеличению опасностей и неприятностей, депрессивные переживания, враждебно-агрессивные тенденции, компульсивность.

24.2.5. Патопсихологические аспекты гемблинга

С целью выявления особенностей прогностической и эмоционально-волевой деятельности лиц, подверженных гемблингу, нами (В. Д. Менделевич, И. В. Гаврикова) было проведено экспериментально-психологическое исследование. В исследовательской работе были выдвинуты две гипотезы: 1) у лиц с девиантным поведением в форме гемблинга прогностическая и эмоционально-волевая деятельность отличается от прогностической и эмоционально-волевой деятельности гемблинг-независимых личностей; 2) прогностическая и волевая деятельность гемблеров и наркоманов сходна и не имеет существенных различий.

Исследование включило в себя три выборки. Первая выборка составила 40 человек, имевших сверхценное увлечение азартными играми. Вторая выборка представляла собой контрольную группу из 25 человек, не имевших подобной формы девиации. В третью выборку вошло 28 человек с наркотической зависимостью. В исследовании были использованы следующие методики: тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В. Д. Менделевича, тест волевой регуляции Л. О. Пережогина, опросник УСК (уровень субъективного контроля Роттера) и тест Кэттелла.

При включении субъектов в основную выборку гемблеров — патологических игроков мы ориентировались на критерии, представленные в МКБ-10. Необходимо отметить, что при формировании выборки не учитывались стадии игровой зависимости (инициальная стадия — стадия выигрышей, стадия социальной дезадаптации — стадия проигрышей и стадия полной декомпенсации — стадия отчаяния). Предположительно, исследованные гемблеры находились на первой стадии, т. к. они не имели субдепрессивного фона настроения в состоянии абстиненции, к тому же другие сферы жизнедеятельности игроков (профессия, семья, друзья и т. д.) не подвергались пока негативным последствиям пристрастия к игре или подвергались, но в малой степени. Хотя можно было говорить и о проблеме скрываемости тяжести своего расстройства, т. к., осознавая патологичность собственного поведения, больные старались скрыть от окружающих интенсивность своей вовлеченности в игру. Состав выборки по полу включал 37 лиц мужского и 3 лица женского пола. Возраст гемблеров составил в среднем 26 лет и колебался в диапа-

зоне от 18 до 39 лет. Длительность расстройства — от 1 года до 10 лет. Что касается социальных характеристик, то в данной группе 29 человек не состояло в браке, 10 состояло и 1 был разведенным. Профессиональный разброс оказался широк (от студента до директора ООО).

Вторую выборку составили 25 человек, не имевших патологической склонности к азартным играм (либо не игравших вообше, либо не возобновлявших игровую деятельность после первичной игры). Тендерный состав включил 21 лицо мужского и 4 лица женского пола. Средний возраст контрольной группы — 23 года. В выборке были представлены лица в возрасте от 18 до 36 лет. По социальным характеристикам выборка включала 15 человек, не состоявших в браке, 1 разведенного и 9 состоявших в браке. Профессиональная принадлежность также была различной. В третью выборку вошли 28 человек, имевших наркотическую зависимость (85% исследуемых — мужского пола, возраст колебался в диапазоне от 16 до 30 лет).

Анализ литературы по проблеме гемблинга показал недостаточное раскрытие роли такого компонента, как прогностическая функция. Известно, что для гемблеров характерны когнитивные ошибки, в связи с этим представлялось интересным выявить, насколько развита у данной группы лиц способность к антиципации (прогнозированию). Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка-подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящая с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели. Мы считаем, что гемблеры либо не делают прогнозов относительно последствий игрового поведения, либо делают их некорректно, совершая когнитивные ошибки.

Важным фактором для понимания механизмов формирования гемблинг-зависимости, по нашему мнению, является и волевая регуляция поведения. При теоретическом анализе литературы мы столкнулись с неопределенностью специфики волевой регуляции деятельности лиц с девиацией в форме гемблинга. Мы предполагаем, что какие-то аспекты волевой деятельности гемблеров изменены по сравнению с людьми, не подверженными гемблингу. На выбор теста повлияла многоаспектность волевой регуляции деятельности, предложенная в тесте Л. О. Пережогина, т. к. чем многограннее рассматривается волевая деятельность, тем более объективно и полно может выявиться ее специфика у исследуемых лиц.

Тест волевой регуляции включает в себя семь шкал, призванных оценить наличие или отсутствие расстройства волевой деятельности.

1. Волевые действия (В Д)—для оценки действий, совершаемых без актуально переживаемой потребности в самом действии либо в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на удовлетворение потребности в отдаленном будущем, создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятым в обществе.

2. Преодоление препятствий (ПП) — для оценки показателя преодоления физических помех, сложности действия, новизны обстановки, т. е. выполнение социально заданных действий, преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей.

3. Преодоление конфликта (ПК) — для выявления особенностей преодоления конфликта при выборе из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами и/или приводящих к разным последствиям; предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий.

4. Преднамеренная регуляция (ПР) — для раскрытия регуляции параметров действия (силы, скорости, темпа); рассматривает торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организацию психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способности оказывать сопротивление рефлекторным действиям.

5. Автоматизм и навязчивости (АН) — для выявления легкости выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля над ними, наличия навязчивых действий, мыслей, которые воспринимаются без отчуждения либо как чуждые личности.

6. Мотивы и влечение (МВ) — для выявления переживания первичного, ненаправленного влечения, переживания естественного инстинктивного побуждения.

7. Прогностическая функция (ПФ) — для оценки переживания собственно волевого акта, имеющего осознанную цель и сопровождаемого осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознания свободы воли.

Известно, что в азартной игре люди надеются на «удачу», «фортуну», «счастливый случай». Они уверены, что везение будет на их стороне и выигрыш будет им гарантирован, если они будут ставить на «свой» цвет, на «счастливое» число или придерживаться других ритуальных действий. Вероятно, и в других сферах жизнедеятельности гемблеры делегируют ответственность внешним факторам. Вследствие этого необходимым представлялось введение понятия «локус контроля» — качества, характеризующего склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам и обстоятельствам или же, напротив, собственным усилиям и способностям.

Ранее в исследованиях было показано, что для лиц с экстернальной локализацией контроля характерна неуверенность в своих способностях, неуравновешенность, стремление откладывать реализацию собственных намерений на неопределенный срок, безответственность, тревожность, подозрительность, агрессивность, конформность. Лица с внутренней, интернальной локализацией контроля, как правило, принимают ответственность за свои поступки на себя. Выявлено, что люди, обладающие внутренней локализацией контроля, — увереннее в себе, последовательнее и настойчивее в достижении поставленной цели, они склонны к самоанализу, уравновешенны, общительны, доброжелательны, независимы и т. д.

Внешняя или внутренняя локализация волевой деятельности, как считает А. В. Петровский (1986), имеет как положительные, так и отрицательные социальные последствия, и является устойчивым качеством личности. Локализация контроля формируется в процессе воспитания.

Для выяснения специфики эмоциональных характеристик волевой деятельности гемблеров мы сочли необходимым изучить их эмоциональную уравновешенность (стабильность, устойчивость), способность к подавлению собственных желаний ради соблюдения социальных норм, а также внутренний самоконтроль, т. е. способность к торможению импульсов (неадекватных). Для изучения интересующих параметров был выбран тест Кэттелла, с помощью которого определяется степень развития личностных качеств испытуемого по 16 биполярным факторам. Обоснованием для выбора данного теста было то, что, кроме интересовавших нас параметров, он дает многогранную дополнительную информацию об индивидуальности.

Список изученных показателей: 1) общая антиципационная состоятельность (ОАС); 2) личностно-ситуативная составляющая антиципации; 3) пространственная составляющая антиципации; 4) временная составляющая антиципации; 5) волевые действия; 6) преодоление препятствий; 7) преодоление конфликта; 8) преднамеренная регуляция; 9) автоматизм, навязчивости; 10) мотивы, влечения; 11) прогностическая функция.

Статистическое сравнение показало достоверное различие по *параметру ОАС* (1): у гемблеров ОАС ниже, чем у контрольной группы. В выборке наркоманов данный показатель также ниже, чем у контрольной группы с тем же уровнем достоверности. Следовательно, общая способность к прогнозированию у гемблеров развита значительно хуже, чем в контрольной группе. Это дает основания предположить, что данная категория лиц действительно не может реально предвидеть исход игры, просчитать последствия своей игровой деятельности, т. к. способность к антиципации развита недостаточно. Дополнительно можно сказать, что уровень развития данной способности у гемблеров и наркоманов не имеет существенных различий.

Достоверное различие обнаружено по *показателю «Личностно-ситуативная составляющая антиципации»* (2): у гемблеров данный параметр ниже, чем в контрольной группе. Это означает, что коммуникативный уровень антиципации менее развит у патологических игроков, чем в контрольной группе. Но при этом было обнаружено достоверное различие между гемблерами и наркоманами по этому параметру: наркоманы имеют более высокие результаты.

По показателю «Пространственная составляющая антиципации» (3) у гемблеров результаты существенно не отличаются от контрольной группы. Но у наркоманов результаты ниже по сравнению с контрольной группой и, соответственно, с патологическими игроками. То есть наркоманы значительно хуже, чем гемблеры, могут предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их, координировать собственные движения, проявляя моторную ловкость.

По показателю «Временная составляющая антиципации» (4) ситуация приблизительно та же. У наркоманов результаты ниже, чем у контрольной группы, но способность прогнозировать и точно распределять время не имеет существенных различий у гемблеров и наркоманов.

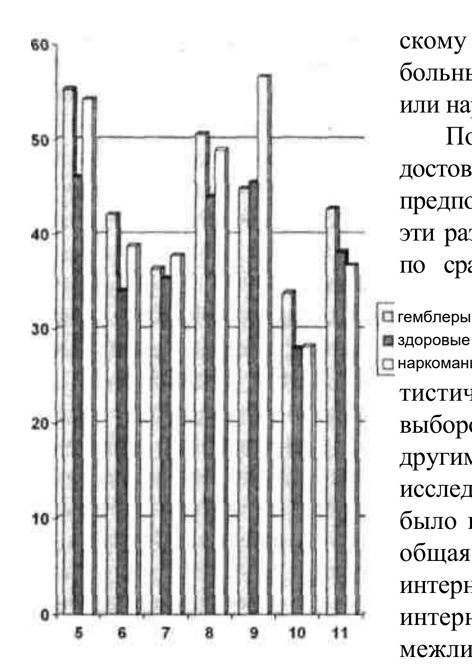
Достоверное различие наблюдается по *показателю «Волевые действия»* (5): у гемблеров расстройство по этому параметру выражено гораздо ярче, чем в контрольной группе. Пилотажные исследования, проведенные нами ранее, не показали достоверных различий по этому параметру, но при увеличении выборки (с 15 до 40 человек) мы наблюдаем различие. Таким образом, категория лиц, подверженных гемблингу, не может совершить действие (волевое), не испытывая в нем актуальной потребности. Например, действие с целью подавить, затормозить игровой импульс не носит характер заведомо необходимого, а лишь направлено на удовлетворение потребности в отдаленном будущем (сохранить некоторую сумму денег, например), поэтому не может быть реализовано гемблером в силу нарушения волевых функций. Различие по этому показателю наблюдается у наркоманов по сравнению с контрольной груп-

Рис. 14. Сравнительные данные по параметрам 1-4

пой. Следовательно, поведение гемблеров и наркоманов в этом аспекте также не демонстрирует существенных различий.

По параметру «Преодоление препятствий» (6) обнаружено достоверное различие: у гемблеров по отношению к контрольной группе выражено расстройство. Исследование, проведенное нами ранее, также не демонстрировало достоверных различий, в этом случае мы тоже можем говорить о влиянии количественного увеличения выборки. Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает способность превозмочь внутренние состояния (болезнь, усталость), умение справиться с конкурирующими мотивами и целями. Вероятно, категория лиц, подверженных гемблингу, испытывает определенные трудности с преодолением препятствий. Невозможность адекватного разрешения возникающих проблем может быть провокатором очередного игрового срыва. В ситуации выбора противоположно направленных целей и мотивов, конфликта конкурирующих тенденций такие лица не способны адекватно преодолевать возникающие трудности, и у них может возникнуть стремление к аффективной разрядке, что и достигается через игровой процесс. По данному параметру существенные различия между гемблерами и наркоманами не выявлены.

По параметру «Автоматизм, навязчивости» (9) обнаружено достоверное различие между наркоманами и гемблерами: расстройство более выражено у наркоманов. Для наркоманов характерна легкость выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля над ними, наличием навязчивых мыслей, поступков. Различие по этому параметру обнаружено между выборкой наркоманов и контрольной группой, т. е. показатели расстройства по параметру «Автоматизмы, навязчивости» у гемблеров ниже даже в сравнении с контрольной группой. Это можно объяснить тем, что лица со сверхценным увлечением азартными играми контролируют навязчивые действия, мысли. Или им кажется, что они контролируют. Здесь может иметь место показанная в литературе «иллюзия контроля». Патологическому игроку значительно труднее признать себя больным, зависимым от чего-либо, чем алкоголику или наркоману.



По остальным параметрам данного теста достоверных различий не обнаружено. Можно предположить, что при увеличении объема выборки эти различия были бы установлены, ведь у гемблеров по сравнению с контрольной группой прослеживаются тенденции к нарушению остальных параметров волевой регуляции.

Дополнительно было проведено статистическое сравнение по t-критерию Стьюдента 2 выборок: гемблеров и контрольной группы по другим параметрам для достижения цели исследования и верификации гипотезы. Сравнение было проведено по24 показателям: интерналь-ность общая; интернальность достижений; интернальность неудач; интернальность семейная; интернальность производственная; интернальность межлич-

ностная; интернальность здоровья; озабоченность — доброжелательность; низкий интеллект— высокий интеллект; эмоциональная неуравновешенность — эмоциональная уравновешенность; зависимость — доминантность; озабоченность — беспечность; недобросовестность — высокая совестливость; робость — смелость; суровость — мягкосердечность; доверчивость— подозрительность; практичность — мечтательность; наивность — проницательность; самоуверенность — склонность к чувству вины; консерватизм— радикал изм;социабельность — самодостаточность; импульсивность — контроль желаний; расслабленность — напряженность; чувствительность — реактивная уравновешенность.

Результаты сравнения по тесту УСК оказались следующими. По *параметру «Интернальность общая»* (12) гемблеры обладают более низкими результатами, чем контрольная группа, что говорит о низком уровне субъективного контроля. Это значит, что патологические игроки не видят связи между своими действиями и значимыми событиями собственной жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство эпизодов и происшествий в судьбе — это результат случая или действия других людей.

По параметру «Интернальность неудач» (14): у гемблеров экстернальная локализация контроля по этому параметру. Это свидетельствует о том, что патологические игроки склонны приписывать ответственность за неудачи другим людям или считать их результатом невезения. Данный факт подтверждается тем, что проигрыши действительно воспринимаются игроками как результат невезения (это специфика азартной игры), но постоянная ориентация на внешние силы не дает им возможности извлечь уроки из опыта.

По параметру «Интернальность семейная» (15): патологические игроки имеют низкие показатели в сравнении с контрольной группой. Экстернальность по этому параметру указывает на то, что гемблеры считают своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в семье. То есть они и в данной сфере не берут в основном ответственность за происходящее на себя. Хотя, естественно, необходимо учитывать си-туативность.

По остальным показателям не выявлено достоверных различий, хотя можно увидеть тенденцию к общей экстернальности профиля. Единственный параметр, по которому у гемблеров наблюдается интернальность больше, чем у контрольной группы, — это межличностные отношения.

Данные исследования по тесту Кэттелла показали, что по *параметру «Недобросовестность — высокая совестливость»* (24) гемблеры

D Гемблеры
■ Контрольная группа

Рис. 16. Сравнительные данные по параметрам 12-18, гистограмма

демонстрируют более высокие показатели в сравнении с контрольной группой. Этот фактор в целом определяет, в какой степени различные нормы и запреты регулируют поведение и отношения человека. Поэтому можно утверждать, что гемблеры обладают чувством ответственности, стойкостью моральных принципов, осознанно соблюдают нормы и правила поведения, настойчивы в достижении цели, они не склонны к антисоциальному поведению. Эти данные можно прокомментировать следующим образом: данная категория патологических игроков не совершает каких-либо антисоциальных действий, т. к. их зависимость находится в инициальной стадии, т. е. не развита настолько, чтобы страдали другие сферы жизнедеятельности, а свою игровую деятельность они не осознают как неконтролируемую. Здесь имеет место «иллюзия контроля», иначе, в обратном случае, результаты были бы противоположными.

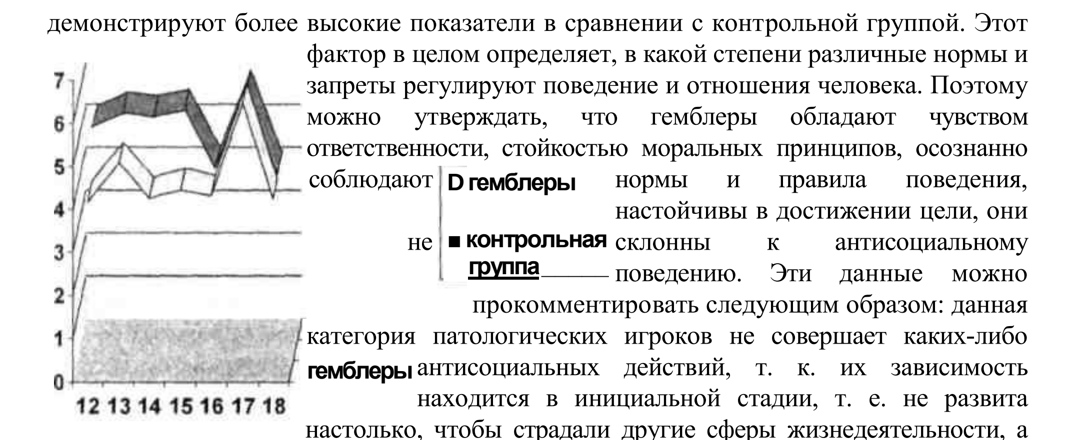


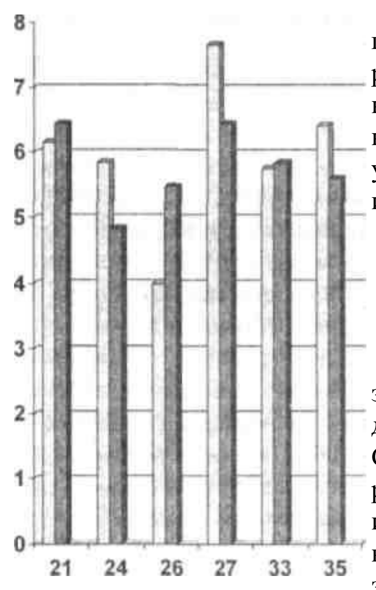
Рис. 17. Сравнительные данные по параметрам 12-18

По параметру «Суровость —мягкосердечность» (26): у гемблеров наблюдаются более низкие показатели по сравнению с контрольной группой. Патологических игроков можно охарактеризовать как эмоционально стабильных, суровых, практичных, реалистичных. Контрольная группа демонстрирует мягкость, мечтательность, утонченность, чувствительность. Исходя из интерпретации фактора, можно сделать вывод, что для азартных игроков характерен практицизм, что их более интересуют материальные ценности, нежели духовные.

По параметру «Доверчивость — подозрительность» (27) результаты гемблеров выше, чем в контрольной группе. Фактор в целом говорит об эмоциональном отношении к людям. Патологические игроки демонстрируют подозрительность, осторожность, завистливость, эгоцентризм, завышенную самооценку. Эти люди переоценивают себя, в связи с этим интересно было бы провести отдельное исследование самооценки патологических игроков.

По параметру « Чувствительность —реактивная уравновешенность» (35) у гемблеров наблюдаются более высокие показатели, чем в контрольной группе. Это говорит о стабильности, решительности, предприимчивости, возможных трудностях из-за слишком поспешных действий без достаточных размышлений.

По остальным интересующим нас показателям достоверных различий не выявлено, что мы объясняем количественной недостаточностью выборки. Мы также предполагаем, что необходимо посмотреть на эмоциональные характеристики с несколько иной стороны. Вероятно, о гемблерах нужно говорить не как об эмоционально неустойчивых людях, а как о лицах, имеющих особенности эмоциональных признаков волевой деятельности, характеризующих азартность как черту личности. Хотя можно говорить о тенденции к эмоциональной лабильности у гемблеров, основываясь на понижении средних значений по параметрам «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость» и «импульсивность — контроль желаний» по сравнению с контрольной группой.



D Гемблеры

Н Контрольная группа

Рис. 18. Сравнительные данные по параметрам 21-35

Анализ корреляционной структуры в выборке гемблеров показал, что одним из системообразующих факторов является «Эмоциональная неуравновешенность— эмоциональная уравновешенность» (21). Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с общей интерналь-ностью (12). То есть человек с низким субъективным контролем (склонный считать свои успехи и неудачи следствием обстоятельств) эмоционально неустойчив. Эта корреляция демонстрирует прямую зависимость между ло-калнзацией контроля волевой деятельности и эмоциональной лабильностью. Статистическое сравнение не показало достоверных различий особенностей эмоциональности гемблеров и лиц контрольной группы. Но тем не менее мы видим, что склонность приписывать ответственность за происходящее внешним факторам коррелирует с эмоциональной неустойчивостью, которая не осознается патологическими игроками как присущая им. Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью неудач (14). Нами было с высоким уровнем достоверности установлено, что гемблеры не считают себя ответственными за неудачи, следовательно, их эмоциональная устойчивость (в нашем случае — способность не поддаться непреодолимому [компульсивному] игровому импульсу) не столь высока. Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью производственной (16). Низкая эмоциональная устойчивость влечет перекладывание ответственности в профессиональной сфере на внешние факторы. Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью достижений (13), т. е. субъективный контроль над позитивными событиями тем выше, чем выше сила Это. Обобщая данные взаимозависимости, можно сказать, что выявленное нами смещение профиля личности гемблеров в сторону экстернальности указывает на видимую тенденцию к эмоциональной неуравновешенности.

Параметр «Автоматизм, навязчивости» (9) обратно коррелирует с ОАС (1): чем лучше общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций, тем меньше проблем возникает с контролем навязчивых тенденций (мысли, действия и т. д.). Так как способность к прогнозированию у патологических игроков достоверно ниже, чем в контрольной группе, то, вероятно, навязчивые тенденции далеко не всегда поддаются эффективному контролю у данной категории лиц. Обратная корреляция установлена между автоматиз-мом, навязчивостями (9) и личностно-ситуативной составляющей антиципации (2), т. е. умение прогнозировать коммуникации обусловливает хороший контроль над автоматическими действиями и навязчивостями. Обратная корреляция обнаружена между расстройством способности к преодолению конфликта (7) и интеллектом (20), т. е. высокий уровень интеллекта обусловливает умение эффективно преодолевать конфликтные ситуации.

Расстройство по показателю «Волевые действия» (5) обратно коррелируете фактором «Социабельность — самодостаточность» (32). Чем лучше развита способность реализовывать волевые действия, тем больше самодостаточность, независимость от социума. Следовательно, нарушения волевой регуляции гемблеров влекут за собой потребность в социальном одобрении, поддержке, признании, это значимо для гемблеров. Известно, что азартные игры происходят в атмосфере демонстративности, когда другие игроки и «сочувствующие» видят социальный статус, уровень материальной состоятельности, некоторую «успешность» по ставкам, случайным выигрышам, VIP-залам. Вероятно, это связано с потребностью в социальной оценке: желание «быть на виду» может быть еще одним звеном цепочки, крепко соединяющей человека с игрой.

Прямая корреляция обнаруживается между волевыми действиями (5) и фактором «Озабоченность — беспечность» (23). Так как патологический игрок имеет расстройство волевых действий, то он беспечен, легко воспринимает жизнь, верит в удачу, в свою счастливую звезду, импульсивен, подвижен. Прямо коррелируют «Преднамеренная регуляция» (8) и «Озабоченность — беспечность» (23). Неумение патологического игрока тормозить неадекватные психические процессы (особенно эмоциональные) находится в непосредственной связи с тем, что он беспечен, импульсивен, верит в удачу, несмотря ни на что. «Преднамеренная регуляция» (8) прямо коррелирует с «Робостью — смелостью» (25). Слабая способность к торможению импульсов связывается со стрессоустойчивостью, смелостью, решительностью, тягой к риску и острым ощущениям, быстрым забыванием неудач. Интернальность достижений (13) прямо коррелирует с высокой совестливостью (24). Чем более человек считает себя ответственным за свои успехи, тем более можно говорить о его настойчивости в достижении цели, деловой направленности, соблюдении норм и правил. Производственная интернальность (16) прямо коррелирует с высокой совестливостью (24). Внутренняя локализация контроля в производственной сфере обусловливает социальную ответственность, выполнение социальных норм и правил.

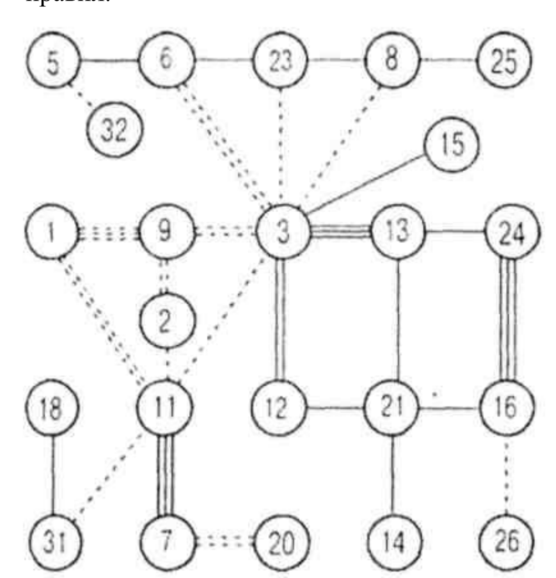


Рис. 19. Корреляционная плеяда «Пространственная составляющая антиципационной состоятельности»

Одним из системообразующих факторов является *пространственная составляющая антиципационной состоятельности* (3). Этот параметр имеет 8 связей, перечислим некоторые. Установлена обратная корреляция между пространственной антиципацией (3) и расстройством по параметру «Преодоление препятствий» (6). Это означает, что чем большей пространственной антиципацией обладает гемблер, тем меньше трудностей он испытывает, преодолевая препятствия. Обратная корреляция установлена между пространственной антиципацией (3) и автоматизмом, навязчивостями (9), т. е. при улучшении способности к пространственному прогнозированию легче происходит выработка автоматизированных действий и эффективно осуществляется контроль над ними.

Анализ корреляционной структуры в контрольной группе показал, что одним из системообразующих факторов является преднамеренная регуляция (8), имеющая шесть связей. Обратная корреляция выявлена между преднамеренной регуляцией и «озабоченностью— доброжелательностью» (19). В контрольной группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям обусловливает доброжелательность, открытость в общении. Преднамеренная регуляция обратно коррелирует с эмоциональной неуравновешенностью (21). При повышении способности к торможению неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, наблюдается повышение эмоциональной устойчивости. Преднамеренная регуляция прямо коррелируете «чувствительностью - реактивной уравновешенностью» (35). В контрольной группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям связывается с сенситивностью, спокойствием, т. е. перед тем как действовать, данная категория лиц проводит тщательный анализ ситуации. Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с временной составляющей антиципации (4). Высокая способность к торможению импульсов дает возможность прогнозировать, сколько времени займет то или иное действие, в связи с этим становится возможным планирование деятельности.

Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с ОАС (1) и пространственной составляющей антиципации (3).

Следующий системообразующий фактор — ОАС (1) — имеет шесть связей. Обратная корреляция установлена между ОАС и «Доверчивостью — подозрительностью» (27). Поскольку лица данной выборки хорошо прогнозируют события и ситуации, то их характеризует доверчивость, откровенность в отношении к людям, ведь они предполагают, чего можно ожидать. ОАС прямо коррелирует с пространственной составляющей антиципации (3). ОАС обратно коррелируете расстройством прогностической функции (11). ОАС прямо коррелирует с интернальностью достижений (13). При повышении способности к прогнозированию локус контроля становится более интернальным, т. е. внутренним. ОАС обратно коррелирует с «Импульсивностью — контролем желаний» (33). Чем выше способность к прогнозированию, тем ниже самоконтроль, особенно над желаниями.

Следующий системообразующий фактор — *«Чувствительность —реактивная уравновешенность»* (35). «Чувствительность — реактивная уравновешенность» прямо коррелирует с расстройством преодоления препятствий (6). Чувствительность, спокойствие обусловливают высокую способность преодолевать конкурирующие цели, мотивы, внутренние состояния. «Чувствительность — реактивная уравновешенность» прямо коррелирует с расстройством преодоления конфликта (7). Чем человек спокойнее, чем больше времени он затрачивает на размышления перед непосредственным действием, тем лучше данное лицо преодолевает возникающие конфликтные ситуации. «Чувствительность — реактивная уравновешенность» обратно коррелирует с общей интернальностью (12). Чем больше данная выборка демонстрирует чувствительность, спокойствие, тем интернальнее локус контроля, тем больше человек берет ответственность за происходящее на себя. «Чувствительность — реактивная уравновешенность» обратно коррелирует с интернальностью производственной (16). Чувствительность, спокойствие обусловливают взятие на себя ответственности в профессиональной сфере.

При дивергентном анализе выявлено различие в коэффициентах корреляции между преодолением препятствий (6) и «Суровостью — мягкосердечностью» (26). В выборке гемблеров данные показатели не демонстрируют взаимозависимости, а в контрольной группе умение преодолевать препятствия (противоположно направленные тенденции, например) обусловливает мягкость, чувствительность, мечтательность.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между преднамеренной регуляцией (8) и «Озабоченностью — доброжелательностью» (19). Эти показатели не взаимосвязаны в выборке патологических игроков, а в контрольной группе высокая способность к торможению неадекватных психических процессов достаточно высоко коррелирует с общительностью, доброжелательностью.

Достоверное различие обнаружено между интернальностью неудач (14) и «Наивностью — проницательностью» (29). В выборке гемблеров эти показатели также не взаимосвязаны, а в контрольной группе внутренний локус контроля волевой деятельности в восприятии неудач говорит об открытости, прямолинейности, наивности.

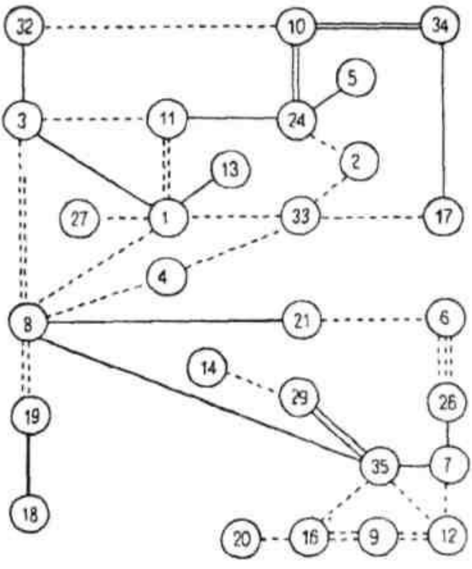


Рис. 20. Корреляционная плеяда «Чувствительность — реактивная уравновешенность»

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между производственной интернальностью (16) и «недобросовестностью — высокой совестливостью» (24). Высокая взаимозависимость между показателями проявляется в выборке гемблеров. Чем интернальнее локус контроля, тем выше соблюдение норм и правил, и наоборот. В контрольной группе эти параметры не взаимосвязаны достоверно.

Различие в коэффициентах корреляции установлено между интернальностью неудач (14) и «Эмоциональной неуравновешенностью — эмоциональной уравновешенностью» (21). В выборке гемблеров данные показатели взаимосвязаны друг с другом. Списывание ответственности за неудачи на внешние факторы говорит об эмоциональной неуравновешенности, в контрольной группе параметры не взаимосвязаны достоверно.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

a) Общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций и личностно-ситуативная составляющая антиципации у гемблеров ниже, чем в контрольной группе, что говорит о невозможности реального прогноза последствий игровой деятельности. Общая способность к прогнозированию, к предвосхищению результатов не отличается существенно у гемблеров и наркоманов, хотя пространственная антиципация у наркоманов ниже, а личностно-ситуативная выше.

b) По параметру «Волевые действия» у гемблеров расстройство выражено по сравнению с контрольной группой. Результаты гемблеров и наркоманов не имеют существенных различий по этому пункту. У патологических игроков наблюдается расстройство преодоления препятствий, результаты наркоманов существенно не отличаются от результатов гемблеров.

c) По параметру «Автоматизм, навязчивости» результаты гемблеров достоверно ниже, чем у наркоманов, и сравнительно ниже, чем в контрольной группе, что может свидетельствовать о невосприятии азартной игры патологическими игроками как неконтролируемой и существовании «иллюзии контроля».

d) Наблюдается тенденция к общей экстернальности локуса контроля волевой деятельности у патологических игроков по сравнению с контрольной группой.

e) Патологические игроки практичны, осторожны, имеют завышенную самооценку, считают, что могут контролировать свои желания ради соблюдения социальных норм.

f) Наблюдается тенденция к эмоциональной лабильности, но предлагается говорить лишь об особенностях эмоциональных характеристик волевой деятельности гемблеров.

g) Смещение профиля личности в сторону экстернальности у гемблеров находится в прямой зависимости с эмоциональной неуравновешенностью.

h) Расстройство волевых действий у гемблеров влечет за собой потребность в социальной оценке, одобрении, а также беспечность и веру в удачу.

24.3. Осознание болезни при наркологических заболеваниях

Одним из важных аспектов диагностики наркологических заболеваний наряду с выделением осевых психопатологических симптомов и синдромов является учет сложной совокупности многогранных личностных реакций индивидуума на возникшую болезнь. Ее принято обозначать как «осознание болезни». В специальной литературе встречается большое количество содержательных аналогов понятия «осознание болезни». К ним относят термины «сознание болезни» (Краснушкин, 1950), «позиция личности» (Фрумкин, 1970), «реакция адаптации к болезни» (Кербиков, 1965), «отношение к болезни» (Рохлин, 1957), «внутренняя картина болезни» (Лурия, 1977), «критика к болезни» (Игонин, 1989), «нозогнозия» (Бехтель, 1986), «анозогнозия» (Лукомский, 1977). Важность клинической оценки и учета особенностей осознания болезни определяется многими обстоятельствами. Во-первых, осознание болезни — это тонкий индикатор сохранности личности, на этом основании делают заключение о состоянии критических способностей пациента. Во-вторых, специфика нарушений осознания болезни определяет особенности проведения психокоррекционной и психотерапевтической тактики при наркологических заболеваниях. В-третьих, осознание болезни имеет прогностическое значение в отношении эффективности лечения и устойчивости достигнутых терапевтических ремиссий. Чем более выражены нарушения осознания болезни, тем ниже вероятность формирования положительных установок на полный отказ от употребления психоактивных средств, хуже качество и устойчивость ремиссий.

Комплексный характер проблемы осознания болезни. Проблема осознания болезни носит комплексный клинико-психологический характер. Поэтому она активно изучается не только специалистами в области психиатрии и наркологии, но и клинической психологии. Психологической подоплекой осознания болезни служит феномен, получивший название «внутренняя картина болезни»(ВКБ). Клинически осознание болезни выражается «критикой к заболеванию». Она представляет собой комплекс вербальных и поведенческих реакций пациента, характеризующих его отношение к отдельным симптомам и заболеванию в целом. Осознание болезни — как бы пограничное понятие, объединяющее в себе и психологические, и клинические проявления (рис. 21).

Психологические проявления
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕ'ШИ

ОСОЗНАНИЕ

Клинические проявления
КРИТИКИ К ЧАБОЛЕВАНИК)

Рис. 21. Комплексный характер осознания болезни

Остановимся подробнее на психологических и клинических аспектах осознания болезни.

Психологические аспекты осознания болезни. Как мы уже говорили, психологическая основа осознания болезни — ее внутренняя картина. ВКБ представляет собой комплекс субъективных представлений, переживаний и личностных реакций, формирование которого связано с протеканием патологического процесса, изменением условий существования, ограничением жизнедеятельности. Фактически ВКБ — это производное самосознания, формирующееся в процессе самонаблюдения, самопознания и самоанализа.

Автором первой систематизации психологических изменений, связанных с протеканием болезни, был немецкий невропатолог A. Goldscheider. В 1929 г. он разработал учение об «аллопластической и аутопластической картине заболевания». Аллопластической картиной им назывался комплекс объективных морфофункциональных изменений в организме, а аутопластической — комплекс субъективных ощущений, переживаний (сенситивный уровень), мыслей и представлений (интеллектуальный уровень) о болезни (рис. 22).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА

АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
(совокупность объективных морфофункциональных изменений в организме)

А УТОПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
(комплекс субъективных представлений и переживаний, связанных с болезнью)

Сенситивный уровень
(эмоции, переживания, связанные с болезнью)

Интеллектуальный уровень
(знания и представления, связанные с болезнью)

Рис. 22. Структура психологической картины болезни по A. Goldscheider

Позже, в 1935 г., советский терапевт Р. А. Лурия заменил термины «аутопластическая картина заболевания» и «аллопластическая картина заболевания» на обозначения «внутренняя картина болезни» и «внешняя картина болезни». Под ВКБ автор понимал «огромный внутренний мир больного, состоящий из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.., общего самочувствия, результатов самонаблюдения, его представления о своей болезни, о ее причинах». В структуре ВКБ Р. А. Лурия также выделял интеллектуальный и эмоциональный компоненты (рис. 23).

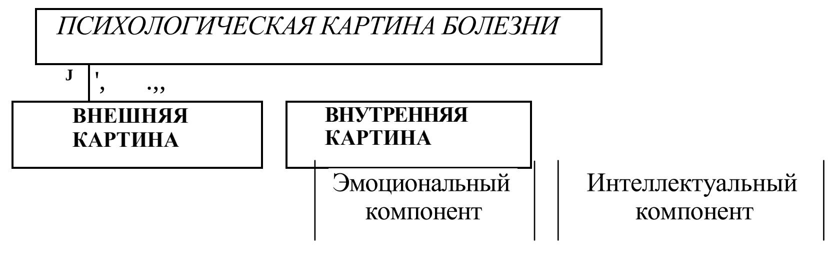


Рис. 23. Структура психологической картины болезни по Р. А. Лурия

20 Зак. 3806

Согласно более современным представлениям (Э. Е. Бехтель, А. В. Квасенко и Ю. Г. Зубарев, ВКБ имеет не только поликомпонентную, но и уровневую организацию. В качестве основных структурных компонентов ВКБ в настоящее время различают когнитивный, эмоциональный и поведенческий, а в качестве основных уровней — перцепторный, логический, личностный и межличностный. Под поведенческим компонентом понимают связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации личности к ней и выработку определенной стратегии поведения. Перцепторный уровень составляют различные ощущения, связанные с болезнью (как правило, болевые, переживание дискомфорта) и неразрывно соотнесенные с ними эмоциональные реакции различной глубины, полярности и стойкости. На логическом уровне к перцепторно-эмоциональной переработке присоединяется интеллектуальная переработка субъективно воспринятой информации, когда индивидуум, используя свой прошлый опыт и запас знаний, пытается объяснить возникшие из-за болезни изменения в своем самочувствии и состоянии в целом, и создает логическую модель своего заболевания. Личностный уровень характеризуется установлением личностной значимости болезни («хорошо» — «плохо») и формированием субъективного отношения к ней. Межличностный уровень определяется особенностями вербализации (т. е. словесного оформления и выражения) внутренней картины болезни при общении с другими людьми.

Клинические аспекты осознания болезни. Клиническим выражением феномена осознания болезни является критичность субъекта. Критичность— это способность к осуществлению сознательного (произвольного) контроля над выполняемой деятельностью, проявляющаяся в оценке своих суждений, психопатологических переживаний и поведения (Кожуховская, 1972). Оценка критичности базируется на степени соответствия субъективных суждений, переживаний и поведенческих реакций больного объективным данным и ситуации. Различают различные виды критики: к болезни, к частным дефектам, к общему состоянию, своему поведению и т. д. Состояние различных видов критики, будучи важным клиническим показателем, составляет основу различных классификаций критичности при психических заболеваниях. Наиболее обширная из них — классификация Т. Г. Красильникова (1993), который охарактеризовал: 1) полную нозогнозию; 2) признание отдельных признаков заболевания; 3) сдвиг болезни в прошлое (признание болезненности перенесенного в прошлом приступа и отрицание болезненности протекающего); 4) «соматизацию» или «психологизацию» болезни (диффузное и неконкретное суждение о болезни, объяснение ее соматическими или психологическими причинами); 5) формально-логическое (вынужденное) признание болезни; 6) аутонозогнозию (полная некритичность к собственным болезненным переживаниям при сохраненной способности к правильной их оценке у других больных); 7) гетеронозогнозию (полная некритичность к болезненным проявлениям у себя и других).

Взаимодействие клинических и психологических проявлений в феномене осознания болезни. В практической деятельности зачастую бывает сложно провести четкую границу между клиническими и психологическими проявлениями осознания болезни. Более того, чтобы объективно оценить клинические признаки осознания болезни, необходима соответствующая диагностика психологических аспектов ВКБ. Так, например, основой для формирования суждения врача о критичности пациента (клинические аспекты осознания болезни) к заболеванию будут параметры личностного и межличностного уровней ВКБ (психологические проявления осознания болезни), на которых происходит формирование субъективной оценки и личностной значимости заболевания, обнаруживающиеся в ходе межличностного общения. Осознание болезни, являясь сложным клинико-психологическим феноменом, по структурной организации идентично ВКБ и

включает в себя аффективный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты (рис. 24).

ОСОЗНАНИЕ БОЛЕЗНИ

iz

КОГНИТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ	МОТИВАЦИОННО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ	АФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ
(объективные знания и субъективные представления о заболевании)	*(установки и поведение, связанные с болезнью)*	*(эмоциональные процессы, связанные с болезненными проявлениями)*

Рис. 24. Структура осознания болезни

В частности, при наркологических заболеваниях когнитивный компонент включает в себя комплекс представлений о болезни, касающихся ее различных аспектов (знания о психоактивных средствах, симптомах наркотической зависимости, негативных последствиях употребления наркотиков, способах и методах лечебного воздействия, их эффективности, прогнозе наркомании и т. д.). Он формируется с помощью объективных (популярные и научные сведения о заболевании) и субъективных (представления, связанные с болезненными проявлениями) знаний. Аффективный компонент осознания болезни представляет собой совокупность эмоциональных процессов, возникающих под действием болезненных проявлений (например, абстинентного синдрома). К мотивационно-поведенческому компоненту относят внешние поведенческие реакции и их мотивационные составляющие. К наиболее важным из них относят установки на лечение и установки на полный отказ от употребления наркотиков (Валентик, 1992).

По мнению большинства авторов, правильность внутренней картины болезни, адекватность осознания своего заболевания и достаточный уровень критичности определяются, прежде всего, интеллектуальным уровнем индивида, его способностями к логическим рассуждениям, степенью информированности в медицинских вопросах. Однако нельзя не заметить, что во многих случаях высокий интеллектуальный уровень и огромная клиническая эрудиция не спасали даже крупных медиков от искаженного понимания собственной болезни. Н. А. Белоголовый, последний ассистенте. П. Боткина, вспоминал о своем учителе: «Блестящий диагност сделал неверное заключение о собственной болезни. Тяжелые приступы стенокардии трактовал как результат рефлекторных влияний желчного пузыря, не допуская наличия сколько-нибудь глубоких изменений в сердце. Умер от коронарокардиосклероза. В мышце сердца были найдены следы двух инфарктов миокарда». Подобные случаи, по всей видимости, обусловлены существованием малоосознаваемых установок, что делает проблему осознания болезни еще более сложной.

Осознание болезни при наркологических заболеваниях. Нарушения осознания болезни относятся к числу ключевых проявлений заболеваний, обусловленных приемом психоактивных средств. В начале 1960-х гг. для их обозначения при алкоголизме профессором И. И. Лукомским(1977) был предложен термин «алкогольная анозогнозия», получивший широкое распространение в наркологической практике. В настоящее время его использование считается недостаточно обоснованным. Термин «анозогнозия» был заимствован из неврологии, где использовался для характеристики игнорирования симптомов поражения головного мозга. Например, игнорирование центральной слепоты

при двустороннем поражении затылочных долей (А. Антон) или игнорирование двигательных дефектов при центральном гемипарезе, когда больной знал о своем дефекте, соглашался с его существованием, но не придавал этому факту должного значения (А. Бабинский). При наркологических заболевания речь идет о нарушении признания болезни, варьирующем в чрезвычайно широких пределах. Кроме того, термин «анозогнозия» подчеркивает органический генез нарушений, что далеко не всегда верно для наркологических заболеваний. Проблема осознания болезни и его нарушений наиболее тщательно и подробно изучалась при алкогольной зависимости. Природу алкогольной анозогнозии объясняют «активацией механизмов психологической защиты», «нарушением личностного компонента мышления», «изменением иерархии потребностей и мотивов личности», «недостаточной осведомленностью больных об алкоголизме как о болезни», «нарушением оценочной функции эмоций и аффективной невовлеченностью алкоголиков в ситуацию болезни», «выраженным расщеплением между сенситивным и интеллектуальным компонентами ВКБ», «нарушением сложного соотношения психофизиологических условно-рефлекторных систем», преморбидным органическим и травматическим поражением головного мозга, наличием психоорганических расстройств, сопровождающихся нарушениями мышления различной степени выраженности. В настоящее время большинство исследователей считают алкогольную анозогнозию сложным и многообразным явлением, внутренняя структура и происхождение которого зависят от многих факторов. К важнейшим из них относят стадию и длительность заболевания, выраженность и клинические особенности патологического влечения к алкоголю, личностно-социальные характеристики больных. Существует множество классификаций вариантов алкогольных нарушений осознания болезни. В качестве одной из наиболее детальных можно привести классификацию нарушений осознания болезни при алкоголизме Е. Цилли с соавт. (1993): 1) анозогнозия (упорное, бездоказательное отрицание болезни вследствие действия механизмов психологической защиты, основными из которых являются вытеснение и отрицание); 2) неустойчивая нозогнозия (осознание болезни на фоне депрессии, абстинентного синдрома или в состоянии опьянения); 3) амбивалентная нозогнозия (критичность к своему состоянию и осознание болезни демонстрируются только в присутствии врача); 4) гипернозогнозия (преувеличение тяжести симптомов заболевания); 5) паранозогнозия (аутодиагностика алкоголизма у пациентов с бытовым пьянством); 6) частичная нозогнозия (понимание болезненности одних и отрицание болезненности других симптомов); 7) формальная нозогнозия (вынужденное признание болезни при отсутствии внутренней убежденности в наличии заболевания). В ряде случаев выделяют активное (защита алкогольного поведения с отказом от лечения у истероидных и возбудимых психопатов, а также у лиц с проявлениями алкогольной деградации) и пассивное (формальное признание алкогольной проблемы без ее эмоциональной переработки) отрицание болезни (Рыбакова, 1992). Э. Е. Бехтель (1974) предлагает оценивать клинико-динамические характеристики анозогнозии при алкоголизме как стабильность (постоянство) и тотальность (степень выраженности), как правило, коррелирующие с его стадиями и состоянием больных.

Значительный вклад в изучение механизмов нарушений осознания болезни при алкоголизме внес В. В. Политов (1975). Он считал, что первой стадии соответствует анозогнозия, обусловленная недостаточностью знаний и представлений больного об алкоголизме, второй — вызванная действием защитных психологических механизмов, третьей — образовавшаяся вследствие формирования психоорганического синдрома. В дальнейшем, более подробно изучив клинические проявления, автор стал выделять лишь две разновидности алкогольной анозогнозии: реактивную (с участием механизмов психоло-

гической защиты) и энцефалопатическую (имеющую в своей основе органический радикал), каждая из них включала три клинических варианта. Помимо этого В. В. Политов (1977) различал нарушения осознания болезни по степени выраженности: I) парциальная анозогнозия (признание отдельных симптомов болезни и негативных последствий при наличии рационализации фактов злоупотребления алкоголем и переоценке своих возможностей бросить употребление алкоголя «в любой момент»); 2) тотальная анозогнозия; 3) отсутствие анозогнозии (осознание болезни).

Проблема осознания болезни при опийных наркоманиях разработана недостаточно. Литературные данные, касающиеся данного вопроса, достаточно противоречивы. Существует мнение об отсутствии «истинной анозогнозии» у наркоманов, т. к. они оценивают себя достаточно адекватно даже по таким параметрам, как тяжесть зависимости и степень личностных изменений. Другие исследователи утверждают, что снижение или отсутствие критики к заболеванию и собственной личности — это наиболее характерная черта наркоманов. Нет единства и в оценке механизмов возникновения этого феномена при наркотической зависимости. Одни авторы объясняют нарушения осознания болезни значительной деформацией личности, другие — аффективными нарушениями, третьи— органическим поражением центральной нервной системы.

И. П. Лысенко (1988), изучив в сравнительном аспекте личностно-психологические особенности больных алкоголизмом и опийной наркоманией, сделал вывод о большей выраженности нарушений критичности у первых. В отличие от больных алкоголизмом, в большинстве случаев демонстрирующих полную утрату критики к злоупотреблению алкоголем, опийные наркоманы не выявляют «истинной анозогнозии», оценивают себя и свое заболевание достаточно адекватно. Однако у них более стремительное формирование наркотической зависимости приводит к значительным нарушениям в психологической сфере (в частности, смыслообразующей и побудительной функции социально значимых мотивов). Кроме того, у больных опийными наркоманиями И. П. Лысенко с соавт. (1988) выявили выраженную диссоциацию рациональной и эмоциональной оценки последствий злоупотребления наркотиками. В качестве подтверждения последнего вывода можно привести результаты более поздних исследований П. Ю. Дупленко (1995). Он обнаружил у страдающих наркотической зависимостью позитивное отношение к наркотикам в 29%, нейтральное — в 29%, негативное — 41 % случаев. Около 48% обследованных отмечали положительные последствия приема наркотиков, а 36% не исключали возможности их дальнейшего употребления.

Результаты исследований Т. А. Киткиной (1993) свидетельствуют о том, что снижение или отсутствие критики к заболеванию и собственной личности — неотъемлемая черта наркоманов. А. Н. Ланда (1989) обосновывает такую точку зрения нарушениями личностной и познавательной сфер, выявленными им при проведении экспериментально-психологического исследования больных наркоманиями (лабильность самооценки и самоописания, их зависимость от психофизического состояния больных, неадекватно высокий уровень притязаний [постановка маловероятных, недостижимых целей], неоднозначное отношение к наркомании, переоценка своих возможностей). А. Н. Ланда (1989) считает это следствием систематического употребления наркотиков, что создает повышенный положительный фон для восприятия окружающего и собственной личности и формирует стойкую позитивную установку по отношению к себе и своим возможностям.

А. В. Надеждин (1995) считает, что в основе нарушений осознания болезни — амбивалентное отношение к наркотикам и их двоякая оценка больным: и как причины заболевания, и как единственного средства избавления от абстиненции. Противоречивость двух

равноценно значимых мотивов — «отказ от наркотиков» или «дальнейшее продолжение употребления наркотиков» — служит базой подсознательного конфликта, поддерживающего порочный круг психической зависимости.

Б. А. Асташкевич (1989) определил максимальное осознание болезни при наркоманиях и токсикоманиях лишь на стадии психической зависимости. Усиление анозогностических тенденций по мере прогрессирования заболевания он объясняет эмоциональным огрубением, нарастанием личностных изменений, ослаблением критического отношения к себе и своим возможностям: «Наркоманы становятся все более и более ненадежными, утрачивают не только нравственные, но и даже эстетические и гигиенические навыки, проявляют безграничное безволие, полное отсутствие терпения и настойчивости, крайнюю неустойчивость мыслей, чувств и воли». Б. А. Асташкевич утверждает, что даже длительная психотерапевтическая работа с «выхолощенным сознанием» наркомана дает сомнительные результаты.

М В. Демина (2005) считает, что нарушение осознания наркологической болезни нельзя рассматривать как проявление психологической защиты, поскольку этот феномен тесно вплетается в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с ее динамикой. В конструкции нарушенного сознания наркологической болезни основную роль играет аффективно-эмоциональный компонент, осуществляющий непосредственно-чувственное отражение субъектом протопатических болезненных ощущений, в первую очередь выражаемых переживаниями тревоги. Его функционирование подчиняется психопатологическим и патофизиологическим закономерностям. Синдромологическое содержание нарушения сознания болезни у наркологических больных автор относит к проявлениям деперсонализации. Она здесь селективно захватывает лишь сферу переживания болезни, оставляя в значительной мере интактными другие компоненты самосознания, такие как возможность ориентировки в месте, времени и окружающей обстановке. Спектр деперсонализационных расстройств, определяющих нарушение переживания болезни, очень широк, может охватывать от небольшой части ее симптомов и доходить до полного отчуждения заболевания в целом. По мнению автора, когнитивный компонент, интеллектуальная составляющая внутренней картины болезни, относится к опосредованным и преимущественно психологическим феноменам.

Результаты проведенного комплексного клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования осознания болезни позволили квалифицировать три варианта осознания болезни при опийных наркоманиях: отрицание болезни, частичное признание и полное признание болезни (Барбина, 2002). При отрицании болезни пациенты отказываются признать болезненный характер употребления наркотиков, интерпретируют его как «привычку», «увлечение», «интерес», отмечают у себя только единичные, непосредственно переживаемые, болезненные проявления (как правило, симптомы абстинентного синдрома), высказывают убежденность в положительном действии наркотиков на физическое здоровье, психические и творческие возможности, рационализируют негативные последствия применения наркотиков, связывая это с внешними причинами.

При частичном признании болезни отмечаются более объективные и обширные знания и субъективные представления о наркомании. Пациенты интерпретируют употребление наркотиков как аномальное и болезненное явление («плохая привычка», «болезнь», «роковая ошибка»). Они признают у себя большее количество, чем в предыдущей группе, проявлений наркотической зависимости (не только абстинентного синдрома, но и патологического влечения, личностных расстройств). Эмоциональное отношение

к болезни здесь проявляется и в отрицательных переживаниях, связанных с развитием заболевания (беспокойство за свое здоровье, озабоченность перспективами, взаимоотношениями с родственниками и близкими людьми). Частичное признание болезни неоднородно по своей клинико-психологической структуре. Обозначены три его разновидности: 1) с преобладанием когнитивной недостаточности; 2) с преобладанием аффективной недостаточности; 3) со смешанной недостаточностью. Первая разновидность выражается в неадекватных знаниях и субъективных представлениях о заболевании, адекватных переживаниях ее проявлений, вторая —■ в адекватных и сформированных знаниях и представлениях, но неадекватных переживаниях, третья — в неадекватных и слабо сформированных знаниях и представлениях, неадекватных переживаниях.

Полное признание болезни характеризуется наличием обширных и хорошо сформированных знаний и субъективных представлений о наркомании, адекватно отражающих картину заболевания (степень наркотической зависимости, выраженность основных симптомов и личностных изменений) и его развитие. Отношение к болезни характеризуется переживанием удрученности, ущербности, униженности, чувством вины и стыда за сложившуюся ситуацию и рецидив заболевания.

С целью изучения влияния основных клинических синдромов на динамику осознания болезни были исследованы особенности такого осознания на различных этапах течения заболевания: на выходе из состояния опийной интоксикации, на высоте абстинентного синдрома, на этапе ранней ремиссии при актуализированном и дезактуализированном патологическом влечении к наркотикам (Барбина, 2002). Установлено, что крайние варианты (полное признание и отрицание болезни), будучи сравнительно устойчивыми, изменяются незначительно при переходе из одного клинического состояния в другое. Частичное признание болезни носит неустойчивый характер — от полного признания в состоянии абстинентного синдрома до отрицания болезни при актуализации патологического влечения к опиатам. Для выхода из состояния опийной интоксикации характерно частичное признание и отрицание болезни. На высоте абстинентного синдрома происходит повышение уровня осознания болезни. Преобладают частичное и полное признание болезни. При актуализации патологического влечения к опиатам уровень осознания болезни снижается за счет увеличения удельного веса пациентов с отрицанием и частичным признанием болезни. Осознание болезни при опийных наркоманиях взаимосвязано с характером аффективных нарушений (тоскливая, тревожная, дисфорическая и апатическая депрессии). Тоскливая депрессия чаще сочетается с полным признанием болезни. Ее наличие не сопровождается отрицательными изменениями осознания болезни. Напротив, при частичном ее признании отмечаются отчетливые положительные изменения когнитивного и аффективного компонентов, достигающие полного признания проблемы. Тревожная депрессия более характерна для пациентов с частичным признанием болезни. На фоне умеренной тревожной депрессии отмечается повышение уровня осознания болезни за счет положительных изменений когнитивного компонента. При выраженной тревожной депрессии происходит его снижение, связанное с усугублением когнитивной или аффективной недостаточности. Дисфорическая депрессия преобладает у больных с отрицанием болезни. Заметных колебаний уровня осознания болезни здесь не отмечается.

Таким образом, феномен осознания болезни — значимое слагаемое клинико-психологической картины наркологических заболеваний. Его необходимо учитывать как важный диагностико-прогностический показатель и использовать при составлении терапевтических программ.

ГЛАВА 25

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

В последние два десятилетия все специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают рост химической зависимости в этой возрастной группе. Особое беспокойство в последнее десятилетие XX в. вызвал бурный рост наркомании, преимущественно героиновой. Кроме того, существенно расширился ассортимент потребляемых ПАВ: появились новые для нашей страны синтетические наркотики — галлюциногены, психостимуляторы.

Параллельно с этим на рубеже веков Россия столкнулась с еще одной новой проблемой — проблемой пивного подросткового алкоголизма. Резко увеличилось число лиц, сочетанно потребляющих два и более ПАВ. Помимо химической зависимости в последние годы получили распространение такие виды нехимической зависимости, как гемблинг и интернет-аддикции. Поскольку эти явления распространяются преимущественно на подростково-молодежные слои населения, проблема зависимости от ПАВ стала общенациональной и привлекает внимание специалистов самых разных областей знания: от врачей и психологов до социологов и юристов.

25.1. Факторы риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте

В наркологии принято выделять три группы факторов, в той или иной степени влияющих на возникновение химической зависимости в обществе. Этосоциальные, психологические и медико-биологические факторы. Следует отметить, что в значительной степени такое деление условно, поскольку эти аспекты часто тесно переплетены между собой и находятся в постоянном взаимодействии, это особенно заметно при изучении их влияния в подростковой популяции (Личко, Битенский, 1991; Пятницкая, Найденова, 2002; Dawes et al., 2000, Schuckit, 2000).

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, можно разделить на две группы — *макросоциальные* и *микросоциальные.* Первая группа — это общество, в котором живет человек, включая его историю, культуральные традиции, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, семье, уровень терпимости к употреблению ПАВ, моду и т. д. Вторая группа — это непосредственное окружение человека, прежде всего семья и люди, с которыми он общается, от которых зависит, друзья и коллеги по учебе и работе и т. д.

Рассмотрим макросоциальные факторы, оказавшие, на наш взгляд, существенное влияние на сегодняшнюю наркологическую ситуацию в стране. Вторая половина 1980-х гг. отмечена последствиями действия Закона о борьбе с пьянством и алкоголизмом от 17.05.85. Законодательно был поднят предельный возраст (до 21 года), с которого разрешалась продажа спиртных напитков. Это сопровождалось резким дефицитом спиртного в торговой сфере, а также ростом нелегального производства и потребления дистиллированного (самогон) и недистиллированного алкоголя (брага, различные домаш-

ние вина и наливки). Резко подскочило потребление суррогатов алкоголя (технические спирты, одеколоны, лосьоны и другие спиртсодержащие жидкости).

В результате действия Закона подростковая популяция в абсолютном большинстве оказалась как бы «отрезана» от употребления легальных спиртных напитков. Следует отметить, что в подростковой среде всегда существовали традиции потребления ПАВ, в том числе и алкоголя. Оценивая ситуацию начала 1980-х гг., можно сказать, что она в целом характеризовалась достаточно низким уровнем потребления наркотиков и токсикантов населением, за исключением асоциальных и антисоциальных семей. Потребление алкоголя отмечалась во всех социальных группах, причем в каждой имелись свои предпочтения. Так, подростки из средних и более состоятельных семей предпочитали вина, а учащиеся профтехучилищ чаще употребляли дистилляты и крепленые вина. Традиции массового употребления пива не было, в силу его дефицита.

Как показали дальнейшие события, аддиктивное поведение после принятия Закона не прекратилось, а приняло иные, более опасные по своим последствиям формы. Во второй половине 1980-х гг. происходит существенный рост потребления психоактивных токсических веществ, главным образом летучих ароматических соединений (ЛАС). Появляются первые сообщения о летальных исходах вследствие отравления от вдыхания паров клея «Момент». Проводятся исследования, показавшие устойчивую связь между токсикоманией вследствие злоупотребления ЛАС в подростковом возрасте и последующим быстрым развитием алкоголизма. Ранняя алкоголизация на том этапе характеризовалась достаточно широким использованием подростками суррогатов и нелегально произведенного алкоголя, отличавшихся высокой токсичностью, что также способствовало более злокачественному течению заболевания. Параллельно с этим в подростковой среде все чаще начинают потреблять наркотические ПАВ (главным образом препараты конопли и опийной группы). Иными словами, к началу 1990-х гг. алкогольные традиции начала 1980-х гг. в подростковой среде в силу объективных причин становятся утраченными.

С начала 1990-х гг. программа борьбы с пьянством и алкоголизмом оказывается фактически свернутой. Это происходит на фоне жесточайшего экономического кризиса, коренных политических перемен. Смена общественного строя и введение свободной торговли приводит к ликвидация государственной монополии, в том числе на производство и реализацию алкогольных напитков.

С этого же времени начинается стремительный рост потребления алкогольных напитков, в том числе и среди молодежи. Во второй половине 1990-х гг. наркологи сталкиваются с новым для практики явлением — пивным алкоголизмом, который получает наибольшее распространение именно в подростково-молодежной среде. Одновременно отмечается резкое увеличение злоупотребления психоактивными веществами: только за периоде 1991 по 1996 гг. отмечалось трехкратное увеличение официально зарегистрированных больных с диагнозом наркомания (Егоров и др., 1998).

В прошлом считалось, что важнейший макросоциальный фактор, способствующий распространению химической зависимости, — уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе. Действительно, наиболее широко химическая зависимость распространена среди малообеспеченных слоев. Но оказалось, что и повышение благосостояния жизни общества также способствует алкоголизации и наркотизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков.

Как подчеркивают В. В. Чирко и М. В. Демина (2002), в 1990-е гг. социальный статус больного наркоманией сместился от преобладающего удельного веса антисоциальных и маргинальных элементов к доминированию формально благополучных людей. В число

зависимых начали вовлекаться широкие социальные группы. Следствием этого стало и изменение отношения общества к проблеме наркомании. Она стала восприниматься уже не как нечто экстраординарное, трагическое и пугающее. Принадлежность к числу наркоманов становится в молодежной субкультуре свидетельством «посвященности», «избранности», «элитарности».

«Стиль жизни», мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного ПАВ. С другой стороны, макросоциальные факторы могут быть и причиной ограничения употребления алкоголя и наркотиков.

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подростки. Проведенные опросы выявили следующие источники такой информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников.

Массовая культура, как правило, способствует наркотизации. Например, движение хиппи оказало воздействие на массовое употребление марихуаны и галлюциногенов среди молодежи. Врачи, будучи составляющей социального фактора, могут оказывать как положительное (лечение больных с зависимостью, профилактика и ранняя диагностика зависимости), так и отрицательное влияние на наркотизацию (неправильная выписка лекарственных средств, способных вызвать зависимость).

В последнее время большинство исследователей склоняется к выводу, что именно микросоциальные факторы первостепенны в формировании химической зависимости в подростковом возрасте. Ближайшее окружение часто наиболее сильное влияет на алкоголизацию и наркотизацию (Malatestinic et al., 2005). Среди ближайшего окружения следует особенно выделять роль семьи (Kirkcaldy et al., 2004). Половина детей до 10 лет и 90% до 15 лет впервые алкоголизировалась под воздействием ближайших родственников, друзей, знакомых (Шабанов, 1999). Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей. Как показало исследование исландских ученых, при прочих равных условиях алкоголизация отца может стать решающим фактором раннего приобщения к ПАВ его детей (Adalbjarnardottir, Rafnson, 2002).

Неполная семья неоднократно упоминалась многими авторами и за рубежом, и в нашей стране в качестве обстоятельства, способствующего как делинквентности, так и злоупотреблению ПАВ. Однако немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому, и к другому, выросла в полных, внешне вполне благополучных семьях. В то же время около 20-25% вполне социально адаптированных тинейджеров, не склонных ни к делинквентности, ни к злоупотреблению ПАВ, воспитываются в нашей стране в неполных семьях (цит. по: Личко, Битенский, 1991). Видимо, дело не просто в неполной семье, а в том, что в ней труднее осуществить правильное воспитание. Роль неправильного воспитания в семье считается значимым фактором, способствующим развитию химической зависимости в будущем (Максимова, 2000).

Не меньшее, а может быть, большее значение имеют семьи «деформированные» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, где родители находятся на грани развода. Постоянные конфликты неминуемо приводят к противоречивому воспитанию, когда каждый из старших «гнет свою линию» в отношении воспитания ребенка и подростка.

Самым главным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминальными склонностями родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу (Битенский и др., 1989; Hotton, Haans, 2004). С такими семьями связаны безнадзорность

и жестокое отношение к детям. Данный тип воспитания получил название гипопротекции с эмоциональной холодностью вплоть до эмоционального отвержения (воспитание по типу «Золушки»). Обстановка дома побуждает подростка искать утешения среди себе подобных в уличных компаниях. Усвоенные от родителей представления о жизни и ее ценностях (асоциальное поведение, злоупотребление спиртным, принципы типа «У кого сила, тот и прав» и т. п.) подростки переносят в уличную группу, образуя свою асоциальную или криминогенную среду. Дурманящие вещества служат главным способом развлечений в подобных группах.

Гипопротекция может сочетаться с хорошим эмоциональным контактом (родители любят своего ребенка, хотя и не занимаются его воспитанием). Такая форма воспитания часто наблюдается в обеспеченных семьях, где родители целиком посвящают себя работе, карьере. В этом случае ребенок растет в ситуации вседозволенности, у него не вырабатывается привычка к организованности, планированию своего поведения. Преобладают импульсы, отсутствие представлений о том, что «хочу» должно быть на втором месте после «надо».

Не меньшее значение имеет гиперпротекция в воспитании, проявляющаяся в двух вариантах. Первый вариант—доминирующая гиперпротекция — выражается в том, что подростка с детства чрезмерно опекают и контролируют, следят за каждым шагом и все за него решают, подавляют малейшую самостоятельность. Второй — потворствующая гиперпротекция — заключается в том, что ребенка безмерно балуют, спешат удовлетворить малейшее желание, без удержу восхищаются как действительными способностями, так и мнимыми талантами, избавляют от всяческих трудностей, от необходимости самому чего-либо добиваться.

Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции вызывает у ребенка гипертрофированную реакцию эмансипации. И повзрослевший подросток вообще выходит из-под контроля родителей, становится неуправляемым либо формирует приспособленческий, конформный тип личности, зависимый от влияния окружающей микросреды или от лидера, более активного, чем он сам. Асоциальные группы привлекают таких подростков тем, что там они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие давления со стороны родителей. Кроме того, воспитание в условиях высокой моральной ответственности приводит к нервным срывам, формированию комплекса неполноценности при неудачах. У подростка возникает страх пред ситуацией напряженности, испытания, что в дальнейшем может стать толчком к употреблению ПАВ.

Потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумира семьи») приводит к формированию эгоцентризма, завышенной самооценки, непереносимости трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. При первых же столкновениях с реальностью такие подростки испытывают фрустрацию, что вызывает социальную дезадаптацию. Это может привести подростка к употреблению ПАВ.

И наконец, альтернирующее воспитание, когда к ребенку предъявляются противоречивые требования, в семье отсутствуют устои и традиции, а нормы поведения непостоянны, не менее опасно для формирования личности. Неконгруэнтность, т. е. несоответствие слов родителей интонации и мимике, часто встречается в случаях скрытого эмоционального отвержения ребенка, глубоко переживающего эту ситуацию. Он тонко чувствует фальшь отношений, понимает, что он «лишний», что его не любят. Еще более негатив-, ные последствия дает неустойчивое эмоциональное отношение со стороны родителей, особенно матери. Имеется в виду непоследовательность, немотивированность эмоциональных проявлений, когда похвала или упреки зависят от настроения взрослых, а не от объективного поведения ребенка. В результате ребенок усваивает, что все (ласка и не-

жность, раздражительность и строгость) зависит не от его поведения, а от внешних причин, обстоятельств, времени. Это приводит к формированию представления, что изменения своего психического состояния не зависят от собственных усилий. Став взрослым, такой человек, желая поднять настроение (если оно «не хочет» повышаться само собой), использует ПАВ.

Помимо семьи большую роль играют друзья, соученики. Если их интересы никак не связаны с употреблением ПАВ, это достаточно мощный фактор противодействия аддиктивному поведению. Наоборот, если компания, ближайшие друзья вовлечены в употребление ПАВ, то вероятность последующей алкоголизации и/или наркотизации индивида существенно возрастает. Приблизительно такое же влияние будут оказывать коллеги по работе, трудовой коллектив, куда попадает человек.

В одном из последних обзоров, посвященных микросоциальным факторам риска злоупотребления ПАВ подростками, В. Д. Москаленко (2004) выделяет как факторы риска, так и факторы защиты, препятствующие злоупотреблению. К факторам риска относятся: злоупотребление ПАВ родителями и другими родственниками, негативные отношения между родителями и детьми, плохой контроль родителей за поведением ребенка и его окружением, отсутствие руководства со стороны родителей жизнью ребенка, развод родителей и их неадаптированность к повторному браку, оторванные от реальности ожидания родителей в отношении ребенка, малая забота о детях и недостаточная сплоченность семьи, плохая успеваемость в школе, предпочтение мнения сверстников мнению родителей, проблемы с правоохранительными органами, низкий уровень притязаний подростков на будущее. К факторам защиты относятся: воспитание в семье с высокими морально-религиозными принципами, правильные социальные установки, отраженные в соответствующих правилах внутрисемейного поведения, сплоченность в семье и позитивные взаимоотношения в ней, интеллектуально-культурная ориентация жизни в семье, эмоциональная близость подростка с матерью и друг ими членами семьи, уважение семейных ценностей, привитые с детства навыки правильного общения с людьми, интерес к учебе и хорошая успеваемость.

Психологические факторы риска возникновения зависимости — это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют индивидуальный процесс приобщения к ПАВ. К ним относятся трудности приспособления к окружающей среде, конфликтность, неудовлетворенность, непонятость людьми, утомление, робость, осознание своей неполноценности, иными словами — фрустрация, состояние психического дискомфорта при неудовлетворении тех или иных потребностей. Именно наличие низкого фрустрационного порога представляется важнейшим психологическим фактором развития психической зависимости.

Часто молодые люди, употребляющие ПАВ, не могут объяснить причину своей зависимости. Они сводят все к непосредственным субъективным ощущениям, возникающим после приема ПАВ: изменению сознания, эйфории, релаксации. Были установлены три типа личностных мотиваций употребления ПАВ: 1) позитивная («для получения удовольствия»); 2) негативная («защита от тоски»); 3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Тем не менее в условиях отечественных реалий основным мотивом приема ПАВ у подростков является именно утрированная конформность со стремлением любой ценой быть «своим» в референтной микрогруппе, т. е. «нейтральная» мотивация приобретает первостепенное значение (цит. по: Чирко, Демина, 2002).

А. Е. Личко (1985) подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют преморбидные особенности личности, точнее — особые типы акцентуации характера.

На примере ранней алкоголизации у подростков можно проследить, как та или иная акцентуация влияет на становление алкогольного варианта аддиктивного поведения. Подростки с акцентуациями неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного и истероидного круга наиболее склонны к выпивкам. Алкоголизация у неустойчивых — это результат их тяготения к легким развлечениям, способность бездумно попадать под дурное влияние. Побудительный мотив — получить веселое настроение. Это перекликается с мнением К. Леонгарда (1989), что общей характерологической особенностью, предрасполагающей к алкоголизму, является сниженная способность к самоконтролю, тенденция действовать по минутному впечатлению. У неустойчивых акцентуантов чаше встречаются неглубокие степени опьянения. Сходный с неустойчивыми тип алкоголизации отмечается и у гипертимных подростков. У эпилептоидных подростков картина алкоголизации иная: короткая стадия эйфории, затем опьянение по дисфорическому типу — агрессия, аутоагрессия, может быть сексуальное насилие. Эпилептоиды напиваются до тяжелых степеней опьянения. Для них алкоголизация — это своеобразная «разрядка» накопившегося напряжения и раздражения. Истероиды и в алкоголизации остаются демонстративными: преувеличивают степень опьянения, с пафосом рассказывают сверстникам о большом количестве спиртного, которое они могут выпить. Иногда изображают алкогольных эстетов: рассказывают сверстникам, что они употребляют только элитные алкогольные напитки, причем определенного сорта.

А. Е. Личко (1983,1985) подчеркивал, что именно акцентуанты неустойчивого круга наиболее подвержены риску развития аддиктивного поведения в целом, поскольку именно у них наиболее развита реакция группирования со сверстниками. С мнением А. Е. Личко полностью перекликаются и современные данные А. В. Надеждина (2002), проанализировавшего характерологические черты подростков с героиновой наркоманией, находящихся на стационарном лечении.

Вместе с тем в других исследованиях особенностей акцентуаций характера подростков с аддиктивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типа (Гузиков и др., 1993). В недавних публикациях появились сообщения о преобладании гипертимных и конформных акцентуантов наряду с эпилептоидными в наркотизирующейся подростковой популяции (Романов, 2001). Есть исследования, где приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются истероидные акцентуанты, а среди опийных наркоманов — эпилептоидные (Шабанов, Штакельберг, 2000).

Мы исследовали особенности личности подростков с аддиктивным поведением с помощью ПДО (Иванов, Личко, 1992) и теста личностных акцентуаций (Дворщенко, 2002). Результаты наших исследований показали, что на современном этапе в популяции подростков как с героиновой, так и с алкогольной зависимостью доминируют гипертимные, истероидные и эпилептиоидные личности. Число неустойчивых акцентуантов среди подростков с аддиктивным поведением существенно снизилось. Особенности гипертимного, эпилептоидного и истероидного характеров позволяет таким подросткам занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации представляется в том, что именно потенциальные лидеры — наркоманы и алкоголики — будут способствовать вовлечению в аддиктивное поведение остальных подростков (Егоров, 2003). Исследование акцентуаций подростков с зависимостью от Интернета показало высокий процент истероидов и эпилептоидов. Отличие представленности различных типов характера от группы химических аддиктов заключалось в том, что шизоиды вышли на первое место

(около 30%), а число гипертимных акцентуаций наблюдалось в единичных случаях среди интернет-аддиктов (Егоров и др., 2005).

Следует отметить, что по мере развития химической зависимости наблюдается определенная динамика характерологических особенностей наркомана, независимо от преморбидного типа личности. Можно утверждать, что у аддиктов начинают преобладать черты неустойчивого типа акцентуации по А. Е. Личко (1983) — гедонистическая установка, отсутствие глубоких привязанностей, слабоволие, безделье и т. д. Эти черты как бы наслаиваются на другие конституциональные типы, затушевывая их. В результате обнаруживается смешанный тип акцентуации.

Медико-биологические факторы в последнее время — предмет пристального изучения ученых разных специальностей. Так, роль наследственной предрасположенности к химической зависимости в настоящее время не вызывает сомнений. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков, по разным данным, от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции (цит. по: Альтшулер, 1999). Вместе с тем одних наблюдений за этими фактами недостаточно, т. к. с равными основаниями ответственность за возникновение алкоголизма можно возложить и на средовой фактор — воспитание в атмосфере пьянства.

Окончательный ответ на вопрос о наследственной природе алкоголизма дали исследования, где прослеживалась судьба детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в нормальных семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами. Оказалось, что у лиц из алкогольных семей риск развития алкоголизма в 3,5 раза выше, чем у их неродных братьев (Goodwin, 1988). В других исследованиях изучали судьбу двух групп близнецов из алкогольных семей — однояйцевых и двуяйцевых. Оказалось, что если один из однояйцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2-2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем бывает у двуяйцевых близнецов (Москаленко, Ванюков, 1988). Таким образом, влияние генетического фактора на возникновение алкоголизма можно считать доказанным. В целом генетические факторы, вместе взятые, могут объяснить 60% разнообразия риска расстройств, вызванных алкоголем, а остальные 40% относятся к социокультуральным и другим жизненным событиям (Schuckit, Smith, 2001).

В отношении генетики наркоманий таких убедительных данных, как в случае с алкоголизмом, не получено. Имеются единичные работы, указывающие на повышенный риск наркомании у детей наркоманов (Dawes et al., 1997) и у близнецов с ранним началом потребления ПАВ (Iacono et al., 1999). Тем не менее существуют наблюдения о наличии у больных наркоманиями наследственной отягощенное™ алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. В связи с этим сформировалось мнение, что у детей от больных алкоголизмом и наркоманиями родителей существенно повышен риск развития этих заболеваний (Иванец и др., 1997). В семьях наркоманов с зависимостью от разных веществ (опиаты, кокаин, каннабис, амфетамины, финциклидин) обнаружено больше сходства, чем различий. Сходство касается прежде всего высоких частот алкоголизма как у родственников, так и у самих наркоманов (цит. по: Анохина, Москаленко, 2002). Согласно недавним американским исследованиям, о наличии хотя бы одного родителя, потребляющего наркотики, сообщили 80% из 200 обследованных лиц молодого возраста, страдавших героиновой наркоманией. Причем наркомания у матери положительно коррелировала с более ранним началом приобщения к ПАВ (Pugatch et al., 2001).

К факторам риска, частично обусловленным генетическими влияниями, можно отнести некоторые индивидуальные характеристики, усиливающие вероятность употребления ПАВ, злоупотребления ими и развития зависимости. Это повышенная импульсивность, стремление к поискам новизны, синдром детской гиперактивности, нарушения

поведения в детстве (Москаленко, 2004). M. Schuckit и T. Smith (2001) назвали этот комплекс «нейрональной и поведенческой расторможенностью».

К медицинским факторам риска М. Давес и его коллеги (Dawes et al., 2000) относят любые внутриутробные воздействия (от стресса в период беременности до инфекций, интоксикаций и нарушения пищевого режима), способные привести к патологии регуляции аффективной, когнитивной и поведенческой сферы ребенка, что впоследствии повлечет раннее начало потребления ПАВ.

Существуют и другие медицинские факторы риска при возникновении алкоголизма: наличие нервных и психических заболеваний с органической неполноценностью мозга (например, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия) или расстройства личности (например, психопатии). Эти проблемы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и в эмоциональной. В результате такие пациенты будут искать средство, помогающее им справиться с подобными нагрузками. И этими средствами зачастую становятся ПАВ. Американские исследователи Р. Хьюстон с коллегами (Houston et al., 2004) установили, что пограничное расстройство личности (психопатия) у подростков с алкоголизмом и наркоманией в анамнезе имеет органическую основу, что проявляется в снижении амплитуды волны Р300 вызванного потенциала и высоко коррелирует с поведенческими нарушениями, включающими злоупотребление ПАВ.

Западные исследователи среди медицинских факторов выделяют наличие расстройств аффективного спектра (тревога, депрессия) в подростковом возрасте в качестве предиктора развития аддикции (Kirkcaldy et al., 2004). Однако следует заметить, что аффективные расстройства более значимы для развития химической зависимости в более позднем возрасте и особенно у женщин (Schuckit, 2000).

Крупный специалист в области изучения биологических основ химической зависимости академик И. П. Анохина (2001) пришла к выводу, что «не может существовать единственного маркера для диагностики предрасположенности к злоупотреблению ПАВ, — это всегда комплекс маркеров, причем состав его может варьировать у различных субъектов».

И. П. Анохиной (2001) предложены следующие маркеры для диагностики индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ: 1) наличие двух кровных или более родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманиями; 2) синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве; 3) эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям; 4) трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма; 5) дефицит внимания; 6) раннее курение и злоупотребление алкоголем; 7) чувство неудовлетворенности, постоянный поиск новизны; 8) нейрофизиологический показатель — низкая амплитуда или отсутствие волны Р300 в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале.

Четыре лабораторных показателя: 1) низкая концентрация в моче и крови дофамина, чему, как правило, сопутствует низкий уровень доксифенилаланина и высокое содержание диоксифенилуксусной кислоты; 2) низкая активность ДА-бета-гидроксилазы — фермента, контролирующего синтез дофамина; 3) повышенная частота встречаемости аллеля А1 гена DRD2 (A1/A2 > 1) и гетерозиготного генотипа 9/10 ДАТ (>35%); 4) выявление участка семи тандемных повторов в гене DRD4.

Наличие более пяти из этих признаков (среди которых должно быть не менее 2-3 биологических) дает основание отнести обследуемого субъекта к группе высокого биологического риска в отношении алкогольной и наркотической зависимости.

Вместе с тем есть фактор, на который мы никак не можем повлиять, — это подростковый возраст. Естественные изменения, происходящие с подростком в пубертате, могут сами по себе являться как мощными факторами риска, так и, в некоторой степени, факторами защиты от употребления ПАВ. Причем факторы риска подросткового возраста относятся ко всем трем вышеперечисленным группам. Поэтому мы считаем необходимым отдельно остановиться на данном вопросе.

25.2. Подростковый возраст как фактор риска аддиктивного поведения

Подростковый возраст (пубертатный период) с давних пор считается фактором, способствующим развитию химической зависимости (Личко, Битенский, 1991, Пятницкая. Найденова, 2002; Schuckit, 2000, и др.). Этот же вывод оказался бесспорным не только для европейской, но и для мусульманской (Иран) культурной традиции (Parvizy et al., 2005). Известно, что если аддиктивное поведение возникает с подросткового периода, то риск формирования химической зависимости оказывается высоким. Так, до 75% алкоголиков и наркоманов начинают употреблять психоактивные вещества, будучи подростками. И наоборот, как показали американские исследования, если до 21 года человек никогда не курил, на принимал алкоголь и другие ПАВ, то вероятность того, что он в будущем станет аддиктом, почти равна нулю.

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной степени определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби), имитациями и формирующимся сексуальным влечением (Личко, 1985). Именно эти реакции могут как способствовать злоупотреблению психоактивными веществами, так и препятствовать аддиктивному поведению. Поэтому имеет смысл подробнее остановиться на поведенческих реакциях пубертатного периода.

Реакция эмансипации проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, преподавателей, вообще всех старших по возрасту, от установленных ими порядков, правил и законов. Все, что уважается и ценится взрослыми, подростками отвергается. Реакция эмансипации может быть направлена как на конкретных взрослых (родители, учителя и т. д.), так и на все взрослое поколение в целом. В последнем случае, когда реакция эмансипации сочетается с реакцией группирования со сверстниками, поведение может становиться антисоциальным, достигать уровня молодежного бунта.

Одно из проявлений реакции эмансипации — особая форма поведения, получившая название «отравление свободой» (Личко, Битенский, 1991). Подобное поведение развивается, когда строго регламентированная жизнь подростка сменяется полной свободой, а повседневная опека — самостоятельностью. Все это может случиться, когда подросток вырывается из-под подавляющего семейного контроля, по окончании учебного заведения, во время побега из воспитательно-трудового учреждения, при выписке из больницы после длительной госпитализации и т. д. При «отравлении свободой» поведение подростка становится противоположным тому, что от него требовалось раньше. Привлекает именно то, что не дозволялось. Поэтому «отравление свободой» будет способствовать аддиктивному поведению с поисковой мотивацией, т. е. стремлению попробовать все, испытать на себе действие тех дурманящих веществ, которые можно раздобыть.

Реакция увлечения (хобби), в отличие от реакции эмансипации, как правило, препятствует аддиктивному поведению. Более того, появление стойких интересов и увлече-

ний способствует резкому сокращению приема спиртных напитков в старшем подростковом и юношеском возрасте (Попов, 1987).

Особенно сильно противодействует аддиктивному поведению интеллектуально-эстетические хобби (увлечение литературой, музыкой, живописью, историей, философией и т. д.). Телесно-мануальные хобби (стремление развивать силу, ловкость, достигать высоких спортивных результатов и т. д.) также препятствует аддиктивному поведению. Однако эти увлечения могут подтолкнуть подростка к злоупотреблению допингами в виде анаболических стероидов и/или стимуляторов, чтобы добиться максимальных достижений.

Единственное исключение — особый вид хобби, названный информационно-коммуникативным (Личко, Битенский, 1991). Такие подростки все время отдают бездумному общению со сверстниками, поглощению ненужных сведений и обмену малозначимой и не требующей никакой интеллектуальной переработки информацией. Отсюда — тяготение к асоциальным компаниям сверстников. Такое поведение легко сочетается со злоупотреблением алкоголем, знакомством с различными наркотическими и токсическими веществами. Однако главным побудительным мотивом и фактором, способствующим аддиктивному поведению, является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где этой информацией обмениваются. О неправильном использовании свободного времени как важного фактора приобщения к ПАВ говорится и в последних зарубежных исследованиях (Malatestinic et ai., 2005).

Реакция имитации, т. е. стремление подростка копировать поведение, манеру общаться и одеваться, вкусы и пристрастия людей, обычно более старших по возрасту, к которым он испытывает положительные чувства — от уважения до слепого почитания и обожания (например, кумира). В качестве объекта имитации могут выступать эстрадные звезды, киноактеры, любые известные личности либо лидеры своей подростковой среды, пользующиеся авторитетом и уважением.

Реакция имитации может как способствовать аддиктивному поведению, так и препятствовать ему. Если объект или объекты имитации ведут образ жизни, связанный с употреблением алкоголя и наркотиков, то и подросток будет следовать их примеру. Наоборот, если «кумир» ратует за здоровый образ жизни, интересные увлечения, занятия спортом, то его поведение будет играть роль достаточно мощного антинаркотического стимула.

Отдельно следует сказать о т. н. отрицательной реакции имитации, когда подростки из асоциальных семей строят свой образ жизни, исходя из полной противоположности тому, что видели в родительских семьях. Такие подростки становятся абсолютными трезвенниками и категорически осуждают употребление любых психоактивных веществ, прилежно учатся, достигают карьерных успехов, строят благополучные семьи. К сожалению, это встречается существенно реже, чем обратное: влияние неблагополучной семьи достаточно мощно стимулирует аддиктивное поведение.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, в определенной мере могут влиять на выбор психоактивных веществ и даже способствовать злоупотреблению ими. Некоторые из летучих ароматических соединений (ингалянтов) помогают визуализации представлений («Что захочу, то и увижу»), в том числе сексуального содержания. Подобные визуализированные сексуальные представления сопровождаются сексуальным возбуждением вплоть до оргазма. На сленге подростков это иногда так и называется: «смотреть стриптиз». Подобная сексуальная мотивация злоупотребления ингалянтами свойственна подросткам младшего подросткового возраста.

Препараты, получаемые из эфедрина и эфедриносодержащих смесей, обладают свойствами сильного сексуального допинга и могут использоваться подростками, уже

ведущими половую жизнь. В подростковой среде бытует расхожее мнение, что курение препаратов конопли также способствует повышению потенции и делает сексуальные ощущения особенно острыми и привлекательными. В данном случае речь идет о растормаживающем действии конопли, устранении социальных и психологических «тормозов». С той же целью нередко используется и алкоголь.

Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим адиктивному поведению (Личко, Битенский, 1991).

Группа сверстников для подростка служит, во-первых, важным каналом информации, которую он не может получить от взрослых; во-вторых, — новой формой межличностных отношений, посредством чего подросток познает окружающих и самого себя; в-третьих, группа представляет новый вид эмоциональных контактов, невозможных в семье.

В социальной психологии подростковые группы разделяют на «просоциальные» (т. е. следующие по пути, на который их наставляет общество), «асоциальные» (т. е. пренебрегающие господствующими в обществе идеалами, нормами поведения и образом жизни) и «антисоциальные» (т. е. активно бунтующие против идеалов, правил и законов, установленных старшим поколением). Такое разделение подростковых групп само по себе еще не означает непременного злоупотребления психоактивными веществами в таких неформальных сообществах.

Так, комсомольские компании ушедшей советской эпохи, которые должны были бы служить образцом «просоциальности» в социалистическом обществе, отнюдь не всегда отличались высоким уровнем трезвости. В «просоциальной» группе, объединившейся, например, в силу интереса и занятий каким-либо видом спорта, вполне поощряемым старшими и обществом в целом, может распространиться злоупотребление не только допингами, но и наркотиками. Важно отметить и другое: в просоциальной группе, где реализуются интеллектуально-эстетические или телесно-мануальные хобби подростков, риск распространения ПАВ меньше, чем в группе, где реализуются хобби информационно-коммуникативные. Вместе с тем и некоторые антисоциальные подростковые группировки, в силу господствующих в них фанатических убеждений, могут активно препятствовать наркотизации и алкоголизации своих членов.

Иное разделение подростковых групп на жестко регламентированные и свободные (Личко, 1985) также само по себе еще ничего не говорит об их отношении к наркотикам.

Жестко регламентированная группа отличается постоянным составом, безраздельной властью вожака, «своей» территорией, твердо установленными взаимоотношениями между членами группы, иерархией подчинения между ними, борьбой с соперничающими группами. Но жестко регламентированной может быть и упомянутая антисоциальная группа, с ненавистью и презрением относящаяся к наркоманам и алкоголикам и отвергающая употребление всех дурманящих веществ. В то же время не менее жестко регламентированной может быть группа наркоманов, где господствуют суровые неписаные законы и абсолютная власть вожака.

Свободная подростковая группа характеризуется непостоянным составом (одни приходят, другие уходят), нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера. Подобными группами могут быть территориальные («дворовые») компании, сборища около дискотек и т. п. В этих группах злоупотребление различными веществами зависит от множества факторов. Но нередко, если один подросток «заносит» какое-либо вещество, то может «заражать» его злоупотреблением многих членов компании.

Таким образом, то, насколько реакция группирования со сверстниками станет основным фактором риска вовлечения подростка в употребление, а затем и злоупотребле-

ние ПАВ, в значительной степени зависит от хобби, реализующегося в данной конкретной группе.

Следует отметить, что в разные периоды подросткового возраста происходит изменение отношения к наркотикам. Г. В. Латышев и его сотрудники (1998) на базе Центра профилактики наркоманий Санкт-Петербурга изучили, как в разных возрастных группах происходит накопление знаний о наркотиках и формируется отношение к ним.

10-12 лет. Интересует все, что связано с наркотиками: их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

1**2-14** лет. Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков — марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие — из любопытства, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают достаточно — из опыта знакомых или по рассказам. В основном сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

14-16 лет. По отношению к наркотикам формируются три группы.

1. *Употребляющие и сочувствующие.* Интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление наркотиков считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

2. *Радикальные противники.* «Сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

3. *Не определившие своего отношения к наркотикам.* Значительная их часть может начать употребление под влиянием друзей.

16-18 лет. Группы сохраняются, но число не определившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными. В группе *употребляющих и сочувствующих* пожинают первые плоды, в связи с этим большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие. Среди *радикальных противников* растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Пытаясь подытожить факторы, способствующие возникновению аддиктивного поведения, американские исследователи предложили три теории приобщения подростков к ПАВ, которые, на наш взгляд, совершенно не противоречат друг другу («Наркология», 1998). *Теория проблемного поведения:* отсутствие уважения к власти, к нравственным и общественным нормам поведения ведет к росту преступности, наркомании и сексуальной распущенности. *Теория стадий:* употребление наркотиков — явление прогрессирующее. Оно начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем на употребление для развлечения разрешенных и запрещенных законом наркотических веществ (марихуана) и заканчивается в конце концов приемом сильнодействующих наркотиков. Однако не всегда на смену одной стадии приходит другая. *Теория группы сверстников:* семья подростка, религия, школа и друзья оказывают влияние на приобщение к наркотикам.

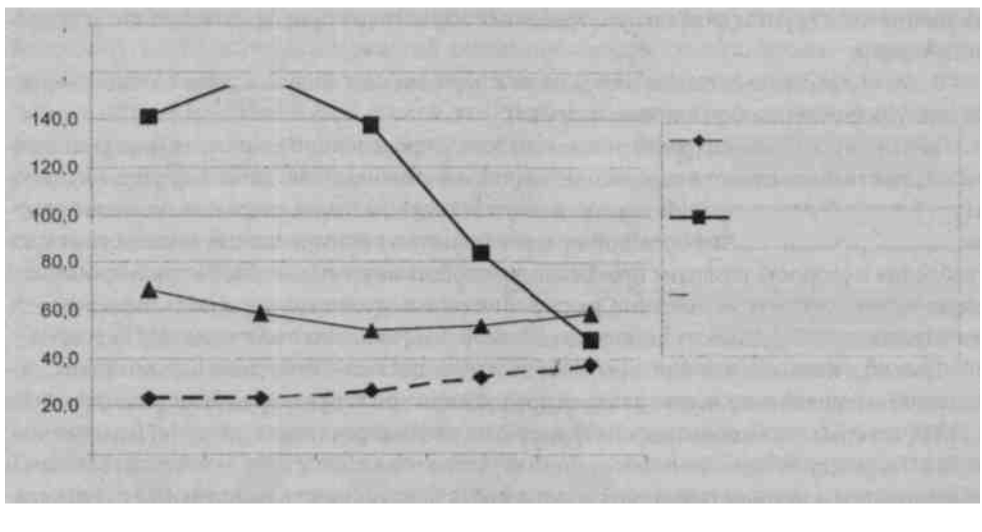
Итак, довольно большое количество факторов способствует возникновению химической зависимости. Их знание, помимо теоретического, имеет большое прикладное значение. Устранение или ослабление тех или иных факторов риска может способствовать профилактике аддиктивного поведения. Той же цели будет способствовать усиление факторов защиты от химической зависимости.

25.3. Эпидемиология химической зависимости

Исследование распространенности химической зависимости в подростковой среде, как и у взрослых, опирается на данные официальной статистики и социологических мониторинговых исследований. Последние с начала нового века стали проводиться в нашей стране. Обратимся вначале к данным официальной статистики.

Число подростков, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного 1997 г. с диагнозом «наркомания», составило 89,7 на 100 000 подросткового населения, что в 12,5 раз превысило уровень 1991 г. (7,2 на 100000 подросткового населения). В 2000 г. этот показатель по России достиг уровня 125,1 на 100 000 подростков, что превысило уровень заболеваемости по сравнению с 1991 г. уже в 17 раз.

Вместе с тем, по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, пик вовлеченности подростков в наркопотребление приходился на 2000 г. (рис. 25). В последующие годы отмечается снижение потребления наркотиков, но при этом отмечается существенный рост подросткового алкоголизма. В последние годы наметилась также тенденция к росту потребления ненаркотических ПАВ. Это подтверждается и динамикой использования различных видов ПАВ (рис. 26). В 2003 г. число потребителей ненаркотических ПАВ превзошло число потребителей опиатов. Те же тенденции прослеживаются в данных официальной статистики, касающиеся динамики потребления ПАВ среди детей в возрасте от 0 до 14 лет (рис. 27).



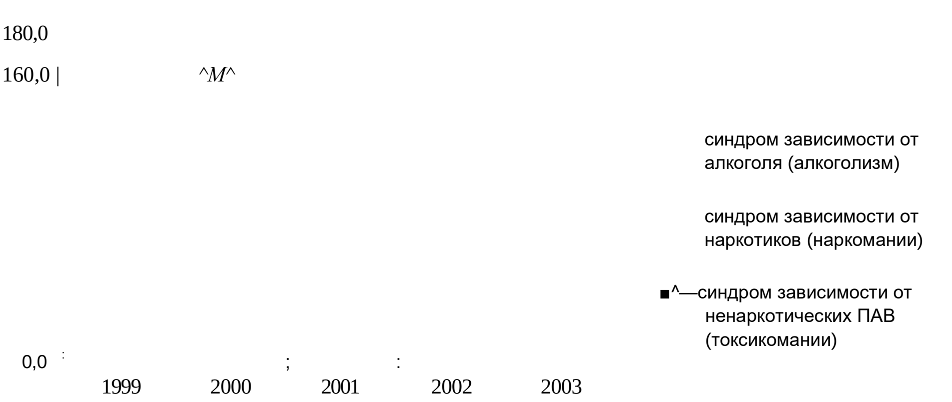


Рис. 25. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков. По оси ординат — число подростков, состоящих на учете. на 100 000 подросткового населения

В 2004 г. число подростков, состоящих на наркологическом учете, снизилось на 2,8%

и составило 1708,9 на 100 000 подростков, а общий показатель заболеваемости снизился на 2,2% по сравнению с 2003 г. Вместе с тем происходит дальнейший рост числа впервые выявленных алкогольных психозов: по сравнению с 1999 г. их число выросло в 3,3 раза. Увеличение числа алкогольных психозов происходит на фоне некоторой стабилизации заболеваемости алкоголизмом и незначительного снижения показателей первичного выявления лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями. Впервые

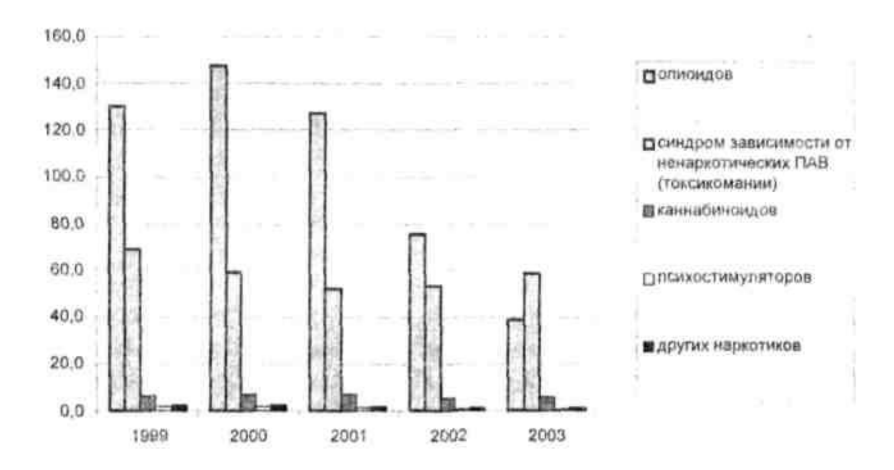


Рис. 26. Динамика потребления различных ПАВ подростками

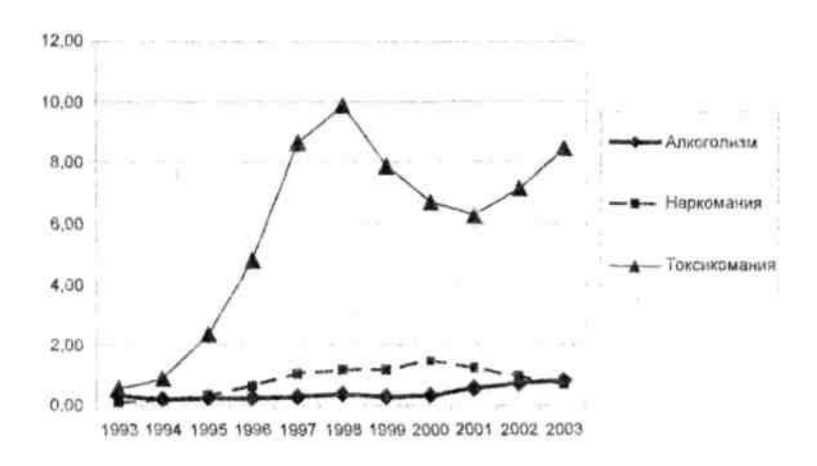


Рис. 27. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами среди детей от 0 до 14 лет. Обозначения те же

за последние 4 года среди подростков вновь отмечается рост показателя заболеваемости наркоманией на 26,4%. Это обусловлено увеличением числа больных опийной (рост на 24,4%) и каннабисной (рост на 45%) наркоманией. В течение 2004 г. произошло незначительное снижение первичной заболеваемости токсикоманией (с 13,7 до 13,2 на 100 тысяч подростков) и первичного выявления потребителей ненаркотических ПАВ (с 61,7 до 57,2 на 100 000). Таковы данные последней официальной статистики (Кошкина, 2005).

Результаты социологических исследований перекликаются с данными официальной статистики. Доля потребляющих наркотик или пробовавших его хотя бы один раз среди молодежи в возрасте 12-22 года составила 44,8%. Если в 1991 г. молодые люди начинали пробовать наркотик в 17-18 лет, то в 2001г. — в возрасте 11,3 года. Почти 8% потребляют наркотик ежедневно или через день, т. е. относятся к злоупотребляющим или зависимым. По данным того же опроса, еще 14,3% подростков составляют группу риска, по-

скольку употребляют наркотики не чаще одного раза в неделю, но не реже 1 раза в две недели. Доля наркозависимых в составе учащихся школ составляет 3,1 %, учащихся ПТУ — 4,8%, студентов техникумов — 7,2%, вузов — 4,8%. Доля группы риска среди школьников составляет 8,3%, в ПТУ—25,6%, среди студентов техникумов — 14,3%, вузов — 0.5% (Шерегиидр.,2001).

Различные сведения дают социологические исследования и официальная статистика о характере предпочтения тех или других наркотиков. Согласно официальной статистике, в настоящее время до 80-90% наркозависимых, состоящих на учете в наркодиспансерах, употребляют препараты опия, преимущественно героин. Данные социологических исследований показывают, что среди наиболее предпочитаемых наркотиков у молодежи оказываются препараты конопли, которую потребляют, по разным данным, от 29,1 до 31,4% наркопотребителей. Опиаты (включая героин) находятся на втором месте, и их доля составляет от6,5 до 13,3% (Кесельман, Мацкевич, 2001; Шереги и др., 2001). Такие различия могут быть обусловлены большими медицинскими и социальными последствиями употребления опиатов: опийные наркоманы чаще попадают в поле зрения официальной медицины по сравнению с потребителями конопли.

Последние данные официальной статистики и социологические исследования свидетельствуют о стабилизации числа больных наркоманией и значительном снижении уровня первичной заболеваемости как среди всего населения, так и среди подростков. Если с 1999 по 2000 г. этот показатель достиг своего максимального значения 84,1 на 100 000 подростков, то в 2001 г. он снизился на 34,7%, а в 2002 г.— еще на 68% и составил 17,8 больных на 100 000 подростков. На начало 2003 г. с той или иной частотой употребляли наркотики более 13% детей, подростков и молодежи в возрасте от 11 до 24 лет. Среди подростков, регулярно употребляющих наркотики (не реже 2-3 раз в неделю), на первом месте — препараты конопли (60%), далее следуют опиаты (44,6%), кокаин (15.2%), ингалянты (15,9%), стимуляторы (11,8%). Остальные наркотики употребляются реже. Надо отметить, что именно в последние годы увеличился спрос на психостимуляторы и особенно — кокаина, случаи злоупотребления которым еще несколько лет назад были единичными (Шереги, 2003).

Данные официальной статистики свидетельствуют о росте злоупотребления алкоголем в подростковой среде. За периоде 1991 по 2000 г. число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100 000 подростков. Число подростков, состоящих на учете у наркологов, также выросло в 1,5 раза. О явно неблагополучной ситуации в отношении алкоголя свидетельствует и существенный рост алкогольных психозов среди юной возрастной категории — в 8 раз за последнее десятилетие XX в. Это прогностически неблагополучный показатель, т. к. алкогольный психоз у подростка — в принципе случай достаточно редкий (Личко, Битенский, 1991). Для его возникновения хронический алкоголизм должен длиться минимум 2-3 года.

Последние социологические исследования показали, что употребление алкоголя достаточно широко распространено и в более разновозрастной молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, более 80% людей в возрасте 12-24 лет. Средний возраст, когда молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет, причем в мегаполисах он еще ниже. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек. Пиво — наиболее любимый молодежью напиток: его предпочитают, по разным данным, от 2/3 до 3/4 подростков. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет — двое из каждых трех. Водку и вино пьют до трети молодых людей. Доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах составляет 15,7%, в

ПТУ — 24,4%, в техникумах и колледжах — 33,7%, в вузах — 32,4%. Массовое потребление пива подростки и молодежь начинают в среднем в 12 лет, вина — в 15 лет, водки — в 16 лет (Шереги и др., 2001; Шереги, 2003).

Существует еще одна проблема, напрямую связанная с ростом наркопотребления, и особенно, проблема инъекционного использования ПАВ. Это проблема заражения СПИДом в среде наркозависимых. В настоящее время в России, по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбы со СПИДом, преобладает инъекционный путь заражения вирусом — до 80% всех известных случаев (цит. по: Шахмарданов, Надеждин, 2002). Широкое распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов в первую очередь вызвано использованием общих игл и шприцев, а также применением кустарно изготовленных наркотиков с добавлением инфицированной крови («для осветления раствора»), продажей зараженных растворов и т. д.

В то же время при употреблении ПАВ происходит активизация и полового пути передачи парентеральных инфекций, прежде всего из-за потери контроля над сексуальным поведением. Кроме того, необходимость достать деньги для покупки наркотика толкает наркоманов на занятие проституцией. Проституцией («сексом за деньги») с той или иной частотой занимаются 5,7% молодежи в возрасте 12-22 лет, причем в древнейшую профессию вовлечены 6,1 % юношей и 5,3% девушек (Шереги и др., 2001).

Таким образом, при оценке сегодняшней наркологической ситуации в России прослеживаются следующие тенденции: 1) стабилизация на высоком уровне числа лиц, злоупотребляющих ПАВ; 2) снижение возраста начала наркопотребления; 3) стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа женщин-наркоманок и алкоголичек; 4) рост потребления наиболее тяжелых наркотиков (героин, синтетические психостимуляторы и кокаин); 5) расширение спектра потребляемых наркотиков; 6) появление большого числа носителей вируса СПИД среди наркоманов; 7) рост потребления алкоголя среди юношей и девушек, главным образом в виде легких спиртных напитков (пиво, джин-тоник и т. д.); 8) рост потребления ненаркотических ПАВ.

25.4. Клинические особенности наркоманий и токсикомании в подростковом возрасте

Знакомство с ПАВ в настоящее время происходит значительно раньше, чем это отмечалось еще 10-15 лет назад. За последние 10 лет средний возраст начала массового приобщения подростков к потреблению табака снизился на 3.5 года, алкоголя — на 2,7 лет, наркотических веществ — на 3,7 года (Шереги, 2003). Как показывают и клинические, и социологические исследования, первые эпизоды курения приходятся на возраст 11-12, первые пробы алкоголя — 13 лет, наркотических веществ — 14-15 лет, причем чаще всего наркосодержащими средствами оказываются каннабиноиды (Надеждин, 2002; Шереги, 2003). Следует отметить, что в США средний возраст начала потребления наркотиков почти не снижается и остается на уровне 17-18 лет (Pugatch et a!., 2001).

Полисубстантный характер подросткового полинаркотизма, поданным ряда исследователей, доходит до 99% случаев (Личко, Битенский, 1991; Пятницкая, Найденова, 2002). «Поисковое поведение», помимо употребления каннабиноидов. у ряда подростков проявляется в дополнительном приеме психостимуляторов, галлюциногенов, снотворно-седативных препаратов и опиоидов с быстрым формированием соответствующей наркомании. По мнению А. В. Надеждина (2002), отсутствие сформированных компонентов синдрома химической зависимости в рамках полисубстантного аддиктивного поведения

можно объяснить быстротой смены психоактивных агентов и неодинаковой скоростью развития различных форм мононаркоманий.

И. Н. Пятницкая и Н. Г. Найденова (2002) отмечают, что, как правило, формирование наркомании в раннем подростковом возрасте идет значительно медленнее, чем в более позднем. Хаотичный, нерегулируемый прием наркотиков без проявления признаков зависимости может наблюдаться на протяжении 2-3 лет. Во-первых, медленное развитие болезни встречается в тех случаях, когда употребляются дешевые и, следовательно, малоэйфоризирующие вещества. Невыраженность эйфории отдаляет момент, когда состоится осознанный выбор того препарата, который дает «настоящий кайф», после чего начинается индивидуальный поиск желаемого «правильного» средства. Во-вторых, замедляет формирование зависимости и нерегулярность приема, вызванная отсутствием денег и условий, благоприятных для приема ПАВ. В-третьих, так же действует беспорядочность чередования веществ различных групп, изначальная полинаркотизация, чередующаяся с приемами спиртного. В силу этого влечение к опьянению сперва недифференцированно, оно направлено не на определенные ощущения, а на некоторое общее состояние оглушения, «балдеж». Быстрое же, как у взрослых, становление наркомании, по мнению авторов, наблюдается, если наркотизация началась не ранее 15-16 лет. Вместе с тем у подростков с преморбидными поведенческими нарушениями аддикция развивается на 2,5 года раньше, чем у подростков без таких нарушений; она чаще принимает прогредиентное злокачественное течение, быстрее растет толерантность, и личностные изменения становятся более выраженными. Кроме того, среди таких подростков в два раза чаще отмечаются полисубстантное потребление ПАВ (Melnik, Bitenskiy, 1996).

Кроме более медленных сроков становления имеется целый ряд других клинических признаков, отличающих химическую зависимость в подростковом возрасте: нечеткость симптоматики наркотической зависимости; признаки, определяемые ситуацией, а не состоянием болезни; размытость границ синдромов и этапов болезни, не позволяющая выделить стадии зависимости; более высокий удельный вес т. н. непсихотических нарушений поведения, выступающих в качестве эквивалента того или иного наркологического синдрома; наличие специфических возрастных синдромов; быстрые темпы десоциализации; своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации (Надеждин, 2000; 2002; Шабанов, Штакельберг, 2000, и др.).

Еще на этапе первых проб наркотиков и токсикантов у несовершеннолетних значительно чаще, чем у взрослых, отмечаются длительное существование побочных реакций (рвоты, тошноты, головокружения, головной боли и т. д.). При приеме опиатов (особенно героина) подростки используют обычно два способа употребления: интраназальный и внутривенный. Интраназальный способ, по нашим наблюдениям, чаще встречается на начальных этапах злоупотребления. Отчасти это связано с бытующим в подростковой среде мифом, что интраназальное потребление героина «менее опасно», «не приводит к передозировкам», «не дает ломки». На более поздних этапах, по мере роста толерантности подростки переходят на внутривенный способ, т. к. требуется меньшая доза наркотика и достигаются переживания «прихода».

На донозологическом этапе у подростков, злоупотребляющих алкоголем, было отмечено явление групповой психической зависимости, когда тяга к алкоголю возникает исключительно в «своей» компании (Строганов, Капанадзе, 1978). Позже этот же феномен был зафиксирован и при потреблении других ПАВ (Личко, Битенский, 1991). Основной мотив начала потребления ПАВ в группе сверстников — «быть не хуже других». В дальнейшем он меняется на желание получить эйфорию. Групповой мотив потребления выражен у подростков намного рельефнее, чем у взрослых, и затеняет индивидуаль-

ные мотивы, довольно различные и достаточно трудно выявляемые. Сложность распознавания истинных индивидуальных мотивов потребления ПАВ подростками связана еще и с тем, что в процессе беседы ими вербализуется мотивировка (субъективное социально-приемлемое объяснение причин каких-либо поступков), а не истинные мотивы. Мотивировка, как правило, опять же отражает групповой мотив: «Было интересно», «Все пробовали», «Сказали, что это круто», «Предложили», «Не мог отказаться» и т. д.

Феномен групповой психической зависимости выражен в разной степени и обусловлен потребляемым ПАВ, а также — преморбидными особенностями подростка. В большей степени этот феномен выражен при потреблении алкоголя, ингалянтов, препаратов конопли, психостимуляторов, галлюциногенов. Значительно меньше — при приеме опиатов, а при героиновой наркомании его вообще редко удается проследить, т. к. зависимость формируется чрезвычайно быстро (уже после нескольких регулярных инъекций). Начало приема героина обычно происходит в группе, но она в данном случае обеспечивает не психологически комфортные условия потребления, а возможность получения самого наркотика. В случае распада группы (арест поставщика, переезд на другое место жительства и т. д.) подросток, как правило, самостоятельно начинает искать другие источники наркотиков, что свидетельствует об уже сформировавшейся индивидуальной психологической зависимости. Говоря о преморбидных особенностях, надо отметить, что реакция группирования со сверстниками в принципе отсутствует у шизоидных акцентуантов.

А. В. Надеждин (2002) отмечает факт иного переживания состояния героиновой (опийной) интоксикации у несовершеннолетних, подчеркивая, что субъективное восприятие наркотизации у подростков менее дифференцировано, чем у взрослых, причем эта тенденция усиливается от младшего пубертатного возраста к старшему. Подростки затрудняются в описании этапов интоксикации, оперируют общими категориями, не могут вычленить, какие феномены оказываются наиболее приятными. Клинически героиновое опьянение у подростков может сопровождаться как длительной седацией, так и эйфорией с усилением двигательного и речевого компонента, когда в состоянии «кайфа» подростки перемещаются, совершают противоправные действия, общаются между собой.

На длительный период повторяющихся интоксикаций указывают следующие признаки в картине опьянения (Пятницкая, Найденова, 2002): 1) быстрое, в течение 1-1,5 часов вытрезвление, незначительное изменение сознания; 2) эмоциональная лабильность, возможность дисфорических или дистимических переживаний в опьянении, злобные, агрессивные реакции (меньше эмоционально положительных и больше эмоционально отрицательных чувств); 3) двигательная активность, удовлетворительные координационные моторные функции; 4) диссоциация вегетативных и моторных показателей.

Практически все исследователи указывают на более низкую толерантность. Так, суточные дозы героина редко превышают 0,2-0,3 г (Надеждин и др., 2000). Даже при формировании физической зависимости у подростков не отмечается такого стремительного (в десятки раз) роста толерантности, как это наблюдается в более старшем возрасте.

Необходимо обратить особое внимание, что такой классический признак хронической внутривенной наркотизации, как следы инъекций по ходу вен, «дорожки» — результат склерозирования вен в результате флебитов, в настоящее время у подростков-наркоманов наблюдаются далеко не всегда. Во-первых, в подростковой среде довольно распространен (особенно на начальных этапах наркотизации) интраназальный путь потребления. Во-вторых, в последние годы подростки, как правило, используют инсулиновые шприцы, минимально травмирующие кожу и вены по сравнению с обычными

шприцами. Небольшой объем инсулиновых шприцев (2 мл) достаточен для подростка из-за сравнительно невысокой толерантности.

Синдрому патологического влечения к ПАВ у подростков также присущи свои черты, отличающиеся от взрослого возраста. Он имеет тенденцию к незавершенности, меньше осознается и вербализуется пациентом, причем чем моложе подросток, тем менее синдромально оформлены основные проявления. Тяга к наркотикам в значительной степени выражается в поведении подростка: он стремится общаться с наркозависмыми, появляться в местах, где можно приобрести героин, охотно принимает участие в разговорах о наркотиках. Он с удовольствием присутствует в компании, где принимают наркотики, соглашается помочь достать наркотик, на сознательном уровне считая, что сам потреблять не будет. Аффективный и идеаторный компонент влечения выражены существенно слабее. Находясь в стационаре на лечении, подростки могут требовать выписки, мотивируя это необходимостью продолжить учебу, помогать матери, желанием побыть в кругу семьи, устроиться на работу и отдать долги и т. д. Все это свидетельствует о наличии патологического влечения, из-за психологических защитных механизмов приобретающего «рациональную» мотивировку.

Нечеткость, незавершенность наркотических синдромов выражается не только в интоксикации, но и развернутой стадии болезни, при сформировавшемся абстинентном синдроме. В абстиненции у подростка редуцированы алгические проявления, соматовегетативные симптомы менее выражены. Для подростков характерны психопатоподобные, аффективные реакции. А. В. Надеждин (2002) сообщает о большей выраженности астении, нежели эксплозивности, которая чаще проявляется в демонстративном поведении. Больные подростки в абстиненции утрировано жалуются на «непереносимость» состояния, стремятся вызвать жалость, заявляют, что «назло всем» продолжат наркотизацию после выписки. Иногда отмечаются демонстративные суицидальные попытки. Так, один наш больной при отказе врача назначить дополнительно диазепам (реланиум) в его присутствии попытался зубами перегрызть себе кубитальную вену.

Клинические особенности течения постабстинентного состояния у подростков с героиновой аддикцией в зависимости от типа акцентуации впервые были изучены А. В. Надеждиным с сотр. (2000). Для несовершеннолетних с конститутциональным психофизическим инфантилизмом характерны астенические реакции, проявляющиеся плачем, непрерывными жалобами на «тягу домой». Такие пациенты постоянно досаждают родителям телефонными звонками, но редко угрожают и шантажируют их, а лишь просят забрать домой. С такими же навязчивыми просьбами постоянно обращаются к врачам. Эти реакции более характерны для младших подростков (13-15 лет). В более старшем возрасте примитивные детские реакции редуцируются и происходит некоторая стабилизация эмоционального фона. Вместе с тем, как отмечают авторы, некоторые черты инфантилизма сохраняются и проявляются в определенной «душевности» при встрече с родными, особенно матерью, в эмоциональной лабильности, доходящей до слабодушия.

У подростков с неустойчивой акцентуацией в основном наблюдались поведенческие расстройства, полностью комплиментарные окружающей обстановке. Неустойчивые акцентуанты достаточно легко подчиняются больничному режиму. Аффективные расстройства имели характер неглубоких колебаний настроения депрессивного характера с усилением влечения к наркотику. После окончательной редукции сомато-вегетативных проявлений абстинентного синдрома эти больные навязчиво и стереотипно жаловались на скуку и безделье. Попытки вовлечь их в психотерапевтический процесс, как правило, наталкивались на предельную формальность в усвоении психотерапевтических установок.

У личностей с эксплозивными и истеро-эксплозивными чертами характера отмечалось более бурное, но несколько более короткоетечение абстиненции, дисфорические проявления были менее глубокими, чем у взрослых. В поведении доминировали негативистические и оппозиционные по отношению к персоналу тенденции. Подростки активно проявляли недовольство режимом отделения, часто провоцировали конфликты, но их агрессивность редко превышала вербальный уровень. Давление на родителей и близких родственников по поводу выписки было интенсивным и сопровождалось шантажом и угрозами (возобновить наркотизацию при выписке, угроза или, реже, имитация суицида, обещание физической расправы и т. д.). Аффективные нарушения были выраженными и проявлялись преимущественно дисфорическими реакциями. Следует отметить, что поведенческие расстройства преобладали над аффективными, что, по мнению авторов, позволяет дифференцировать эти состояния с т. н. «девиантными депрессивными эквивалентами» —■ атипично протекающими депрессиями — как характерные для подросткового возраста. Влечение к наркотикам этими больными скрывается реже. В ряде случаев для них характерно «идеологизированное» потребление наркотиков, представляющееся как система ценностей и взглядов, альтернативная антинаркотическим установкам. При наличии выраженного истероидного радикала протестные реакции более яркие, демонстративные. Такие подростки учитывали окружающую обстановку и играли какую-то роль, чаще всего — представителя криминального сообщества.

Абстинентные периоды у гипертимных акцентуантов протекали, как правило, существенно легче и короче, в большей степени были представлены демонстративные реакции. По окончании проявлений абстиненции у больных этого типа отмечалось смешанное гипертимно-дисфорически-тревожное состояние, представлявшее определенную сложность для курации этого контингента. Больные были активны и досаждали жалобами персонал отделения и врачей. Легко раздражались, характерна была смена установок больного в течение нескольких десятков минут: от горячего желания лечиться до стремления немедленно выписаться и наоборот. Режим отделения, замкнутое пространство становились для них главным испытанием. Охотно шли на сотрудничество с психологами, но, как правило, особой последовательности при этом не проявляли. В целом при адекватной терапии и психокоррекции гипертимые акцентуанты были способны давать хорошие по качеству и длительности ремиссии.

Еще одна особенность подростковой наркомании — превалирование девушек среди суицидентов-аддиктов. Так, голландские исследователи сообщают, что суицидальные попытки встречались у одной из трех девушек и одного из пяти мальчиков, злоупотреблявших наркотиками. Причем наибольший суицидальный риск отмечается у полинаркоманов: у девушек, сочетающих тяжелые наркотики со снотворно-седативными препаратами.

В последние годы у нас в стране на черном рынке наркотиков стал появляться синтетический наркотик кустарного производства, выдаваемый за метадон. В связи с отсутствием официальных программ заместительной терапии метадоном в России, «уличный метадон» стал позиционироваться среди наркопотребителей, в том числе и подростков, как «лекарство» от героиновой и иной опиоидной наркомании. Часть наркоманов, желая избавиться от героиновой зависимости, перешла на употребление метадона. Среди подростков отмечены случаи развития зависимости к метадону как первому опиоиду. Они стали жертвами мифа, что это относительно безопасный и легкий наркотик, поскольку на Западе он используется для лечения наркомании. Кроме того, по наблюдению Ю. П. Сиволапа и В. А. Савченкова(2005), некоторые героиновые наркоманы целенаправленно переходят на метадон в связи с более высокой продолжительностью действия этого наркотика и возможностью более редкого его употребления (1 раз в день или даже в 2-3 дня).

Длительно текущая и начавшаяся в детском или раннем подростковом возрасте героиновая наркомания приводит к быстрому формированию апато-абулического синдрома (Надеждин и др., 2000). Подросток постепенно, от госпитализации к госпитализации, становится все более и более безынициативным, меньше стремится к контакту с персоналом отделения, соседями по палате; большую часть дня проводит в кровати. Свойственные ранее аффективные и поведенческие реакции теряют свою яркость и энергетику. Он слабо или практически не вовлекается в психотерапевтические мероприятия. Инструментальные функции интеллекта страдают больше, чем у взрослого, нарушается способность к абстрактному мышлению, снижаются показатели кратковременной памяти. Кроме того, как подчеркивает И. Н. Пятницкая (1988), наркомания в детском и подростковом возрасте во многих случаях проявляется остановкой психического развития. Молодой человек обнаруживает характеристики и степень зрелости, соответствующие возрасту, когда началось злоупотребление.

В последнее десятилетие в подростковой среде растет число лиц, злоупотребляющих стимуляторами и галлюциногенами. Из стимуляторов помимо «традиционных» препаратов эфедрина (в частности, эфедрона) чаще всего встречаются синтетические наркотики амфетамин и его производные («спиды» от англ. speed — скорость), производные фенилпропаноламина (действующего вещества средства от насморка «Колдакт» и подобных), МДМА и близкие по химическому составу средства («экстази»). Отмечается также рост потребления кокаина как в форме интраназально вдыхаемого кокаина гидрохлорида и крэка — карбоната кокаина, который курят. Из галлюциногенов чаще всего используются ЛСД, чаще в виде т. н. «марок» — кусочков перфорированной бумаги, пропитанной раствором наркотика, галлюциногенные грибы, содержащие псилоцибин, а также холинолитик циклодол, средство для внутривенного наркоза кетамин (каллипсол) и в последнее время — фенциклидин. Следует отметить, что прием «экстази» в высоких дозах (порядка 150 мг) вызывает не только стимулирующий эффект, но и «сбои» сознания, расстройства схемы тела, нарушения восприятия со зрительными иллюзиями и галлюцинациями. Многие из этих (стимуляторов) наркотиков наряду с препаратами конопли принимаются на дискотеках, в молодежных клубах, поэтому на Западе они получили название «party drugs» или «club drugs» — «наркотики вечеринок», «клубные наркотики» (Maxwell, 2005). Из клубных наркотиков на первом месте по частоте использования находится «экстази». В Германии «экстази» занял второе место после каннабиса по применению в подростковой среде (Soellner, 2005). В подростковой популяции характерно одновременное употребление разных клубных наркотиков, что приводит к развитию полисубстантной зависимости (Singer et al., 2004).

Исходы потребления ПАВ в подростковом возрасте неоднозначны. Далеко не во всех случаях это заканчивается формированием химической зависимости. Прогноз лучше в случае ранней алкоголизации и существенно хуже при употреблении наркотических веществ, причем чем более наркогенным оказывается ПАВ, тем хуже прогноз. Тем не менее, по данным зарубежных авторов, до 20-30% детей прекращают потребление наркотиков без медицинской помощи (Пятницкая, Найденова, 2002). Эти шансы уменьшаются не только с наркогенностью ПАВ, но и с интенсивностью потребления, с длительностью периода наркотизации.

Многое в прогнозе зависит и от преморбидных особенностей личности, предрасполагавших к началу потребления ПАВ и к его продолжению. В целом можно говорить, что увеличивает благоприятный прогноз все то, что зеркально противоположно факторам развития химической зависимости (см. выше).

25.5. Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма у подростков

Ранний (или подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет и подразумевает развитие хотя бы первой стадии заболевания. Диагноз раннего алкоголизма (I стадия) ставится на основании следующих критериев: 1) появление индивидуальной психической зависимости (алкоголизация становится главным интересом в жизни, начинают пить 2-3 раза в неделю, нередко в одиночку); 2) повышение толерантности к спиртному; 3) утрата рвотного рефлекса; 4) утренняя анорексия (отсутствие аппетита); 5) палимсесты (частичная утрата памяти) опьянения.

Алкоголизм у подростков встречается не очень часто, поскольку он как заболевание развивается в течение определенного промежутка времени и зачастую не успевает сформироваться к совершеннолетию. Наиболее актуальная проблема в этом возрасте — ранняя алкоголизация, приводящая к формированию алкоголизма к 20-22 годам. Ранняя алкоголизация — это знакомство со спиртным до 16 лет и регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте (Личко, Битенский, 1991). Ранняя алкоголизация рядом авторов рассматривается как нарушение поведения (Личко, 1985; Личко, Битенский, 1991; Сидоров, Митюхляев, 1999), требующее скорее психолого-педагогической, а не медицинской коррекции.

За пределами «своей» группы тяготения к алкоголю нет: с чужими и малознакомыми не пьют. Отрыв от группы прекращает алкоголизацию. Наличие групповой психической зависимости не свидетельствует о наличии хронического алкоголизма, а лишь становится угрожающим предвестником его. С точки зрения А. Е. Личко (1985), групповая зависимость относится к проявлениям аддиктивного поведения подростков.

Проблема злокачественности раннего алкоголизма неоднозначна. Традиционно представление, что ранняя алкоголизация в подростковом возрасте неминуемо ведет к злокачественному алкоголизму (Стрельчук, 1964; Лукомский, 1970, и др.). В то же время в последние десятилетия преобладает точка зрения, что злокачественное течение алкоголизма отмечается только у подростков с преморбидной отягощенностью (Ураков, Куликов, 1977; Личко, 1985; Пятницкая, 1988; Личко, Битенский, 1991; Шабанов, 1999).

Следует отметить, что большинство подростков с ранней алкоголизацией не становятся хроническими алкоголиками. Они как бы «перерастают» такое поведение, и во взрослом состоянии с усмешкой или неодобрением вспоминают «грехи юности». Американские исследователи С. Маккарти с коллегами (McCarty et al., 2004) проанализировали катамнезы более чем 3700 лиц, злоупотреблявших алкоголем в старшем подростковом возрасте, и показали, что только 14% из них к 30 годам имели проблемы с алкоголем. Вместе с тем важно помнить, что ранняя алкоголизация — это всегда повышенный риск алкоголизма в более старшем возрасте: в том же исследовании приводятся данные, что среди старших подростков, не злоупотреблявших алкоголем, к 30 годам проблемы были только у 4%.

Как правило, ранний алкоголизм свидетельствует об изначальной психопатичности. По данным разных авторов, число случаев психопатии при алкоголизме колеблется от 25 до 52% (Сидоров, Митюхляев, 1999). Наиболее часто ранний алкоголизм формируется у неустойчивых и эпилептоидных психопатов. У неустойчивых формирование происходит медленно — как следствие регулярных выпивок, часто в асоциальных компаниях. Параллельно алкоголизации идет нарастание делинквентности. При эпилептоидной психопатии путь иной: после первых тяжелых опьянений с агрессией и аутоагрессией может пробудиться компульсивное влечение пить «до отключки». Это одно из проявлений на-

рушения влечений при эпилептоидной психопатии. Эпилептоидные психопаты легко переходят к алкоголизации в одиночку. Деньги при этом вымогают у близких и сверстников. С другой стороны, при психастенической и сенситивной психопатии ранняя алкоголизация встречается крайне редко.

В исследовании В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикина (1980) указывается, что наиболее подвержены развитию ранней алкоголизации возбудимые (эпилептоидные) психопаты — около 40% психопатических личностей, страдающих бытовым пьянством, далее идут истерические и неустойчивые (по 18,4%), мозаичные (14,5%). Реже всего встречались шизоидные, психастеники и тормозные. При трансформации ранней алкоголизации в алкоголизм обнаружена достоверная большая частота неустойчивых психопатов (42,8% от общего числа неустойчивых психопатических личностей против 22,5% с остальными типами психопатий).

Кроме психопатий, злокачественное течение алкоголизма отмечается у умственно отсталых подростков, подростков с резидуально-органической мозговой недостаточностью, у подростков с черепно-мозговыми травмами.

Вторая стадия (становление физической зависимости и появление абстинентного синдрома) встречается в подростковом возрасте относительно редко. По данным А. Е. Личко (1985), соотношение больных алкоголизмом, находящихся в подростковом отделении диспансеров с I и И стадией алкоголизма, составляет 2:1. Абстинентный синдром у подростков представлен преимущественно соматовегетативными расстройствами; продолжительность псевдозапоев существенно короче, чем у взрослых. У асоциальных подростков, находящихся без надзора, превалирует систематическая форма злоупотребления и сочетанное потребление алкоголя с другими ПАВ (в частности, ингалянтами), что быстро приводит к энцефалопатии и деменции.

При диагностике второй стадии важно отличать истинный абстинентный синдром с компульсивным влечением к алкоголю от имитационной реакции псевдоопохмеления. Псевдопохмеление может встречаться уже на этапе групповой психологической зависимости, когда подростки, имитируя поведение взрослых, употребляют алкоголь с утра. При подробном расспросе выясняется, что никакой тяги с утра к спиртному не было. Нередко подросток испытывает отвращение к спиртному, но, чтобы «не ударить лицом в грязь» перед друзьями, преодолевая себя, «опохмеляется». Невнимание врача к имитационной реакции псевдоопохмеления приводит к гипердиагностике алкоголизма и последующим неправильным медицинским и социальным последствиям для подростка.

В отличие от взрослых, алкоголизм у подростков реже приводит к суицидальным попыткам. Как и в случаях наркозависимости, при ранней алкоголизации и алкоголизме суицидальные попытки более характерны для девушек, нежели для юношей. У взрослых отмечается прямо противоположная картина.

Динамику алкоголизма выражает не только стадийность, но и скорость формирования симптомов, т. е. *прогредиентность заболевания.* У взрослых для оценки степени прогредиентности используют строки формирования алкогольного абстинентного синдрома после начала систематического злоупотребления алкоголем. Если абстинентный синдром развивается в период до 6 лет, то диагностируют высокую степень прогредиентности заболевания, если от 7 до 15 лет — среднюю и свыше 15 лет— низкую степень прогредиентности. Динамика алкоголизма определяется многими факторами: от наследственной предрасположенности, типа личности, наличия нервно-психических заболеваний или другой сопутствующей патологии, пола, возраста до качества и количества употреблямых спиртных напитков.

Алкогольные психозы у подростков. Традиционно считалось, что алкогольные психозы у подростков очень редки и чаще всего — это спровоцированные алкоголем приступы шизофрении (Личко, Битенский, 1991). Тем не менее число зарегистрированных именно алкогольных психозов у подростков увеличилось в 8 раз за последнее десятилетие XX в. и продолжает увеличивается в XXI в. (Кошкина, 2002; 2005). Как правило, алкогольные психозы у лиц этой возрастной категории протекают в форме классического или редуцированного алкогольного делирия, либо алкогольного галлюциноза, которые будут рассмотрены в данном разделе.

Алкогольный делирий (белая горячка, состояние отмены с делирием — F10.4 по МКБ-10) — самый частый вид, составляющий более 75% всех алкогольных психозов. Выделяют четыре его формы: классический, редуцированный, атипичный, тяжелый (мусситирующий, профессиональный).

Классический делирий обычно развивается на фоне абстинентного синдрома после длительного запоя при резкой отмене алкоголя или при присоединении соматических заболеваний (особенно травм, хирургических вмешательств).

Начальные признаки: ухудшение ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами и частыми пробуждениями, вегетативные симптомы (потливость, тремор), общая оживленность больного, лабильность аффекта. Делирий начинается обычно в вечерние часы. Появляются зрительные иллюзии, в ряде случаев — лишенные объемности зрительные галлюцинации — «кино на стенке», с сохранностью критического отношения к ним. Отмечается неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво с быстрой сменой противоположных аффектов.

В развернутой стадии делирия появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные, образные и подвижные, иногда микропсические галлюцинации (насекомые, грызуны, змеи, а также паутина, проволока, черная нитка). Реже больные видят фантастических животных, людей, человекоподобных существ, представителей «нечистой силы». Галлюцинации могут калейдоскопически сменять друг друга. В период углубления делирия встречаются слуховые, тактильные и обонятельные галлюцинации.

При делирии отмечается выраженная полярность аффекта. Двигательные реакции соответствуют содержанию галлюцинаций. Бред отрывочен и также соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний. Ориентировка в месте и времени нарушена, а в собственной личности — сохранена. Периодически возникают «светлые» промежутки, особенно под влиянием внешних раздражителей (например, беседа с врачом). Психоз усиливается к вечеру и ночью. Параллельно наблюдается множество вегетативных симптомов, повышенная температура. Без лечения продолжается 3-5 дней, редко 7-10 дней. Выход из делирия обычно происходит после продолжительного сна. По выходе частично сохраняются воспоминания о перенесенных психотических переживаниях.

Редуцированный делирий отличается кратковременностью психотической симптоматики, неразвернутостью форм ее проявления. Психоз длится несколько часов. Расстройства восприятия и аффективные переживания нестойки. Нет нарушения ориентировки, неврологическая симптоматика слабо выражена.

Острый алкогольный галлюциноз развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя. Отличительная черта галлюциноза — сохранность всех видов ориентировки. Галлюцинации начинают появляться в вечерние часы или ночью, в том числе и при засыпании (гипнагогические). Сперва возникают элементарные слуховые галлюцинации в виде акоазм, а затем обильные вербальные галлюцинации. Они имеют нейтраль-

ное содержание для больного, критическое отношение к ним отсутствует. В последующем на фоне тревоги, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от разных людей, которые начинают восприниматься как «хор голосов». Чувственность и наглядность слуховых галлюцинаций столь велика, что создается впечатление, что больной все это видит, а не слышит. Тематика галлюцинаций разнообразна и отличается изменчивостью. Тем не менее обсуждение пьянства и его последствий — одна из наиболее постоянных тем. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляется непродолжительная заторможенность — признак галлюцинаторного субступора или ступора.

Уже на начальном этапе галлюциноза возникают бредовые идеи (преследования, физического уничтожения, обвинения и т. д.), содержание которых определяется содержанием галлюцинаций. Обычно говорят о преследующих «бандитах». Аффективная сфера так же, как и бред, определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Чаще это тревога, страх, отчаянье. Вначале преобладает двигательное возбуждение, сопровождающееся самообороной, обращением в милицию или прокуратуру. Иногда совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Вскоре поведение становится существенно более упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и рискованное представление об улучшении состояния. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Выход из него происходит критически после глубокого сна либо постепенно. Длительность психоза — 2-5 дней, редко до 1 месяца.

Современные особенности раннего алкоголизма. Стремительный рост наркомании в подростковой среде не мог не повлиять на особенности ранней алкоголизации. Нами изучались особенности злоупотребления спиртными напитками у лиц в пубертатном и постпубертаном возрасте, обратившихся на амбулаторный прием в специализированный наркологический центр (Егоров, 2002).

За период 1998-2000 гг. в медицинский центр обратилось 68 человек в возрасте от 15 до 20 лет, что составило 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных алкоголизмом. Юноши составили 63,8% (46 человек), девушки соответственно 36,2% (22 человека). Диагноз «хронический алкоголизм» был поставлен 40 пациентам (58,8%), у остальных прием спиртного не достигал уровня алкоголизма и расценивался как ранняя алкоголизация (бытовое пьянство). Среди алкоголиков юноши составляли 75% (30 человек), девушки — 25% (10 человек). При этом хронический алкоголизм I стадии был установлен у 30 человек (75% от общего числа алкоголиков, 20 юношей, 10 девушек). Алкоголизм II стадии был выявлен у 10 человек (25%, все юноши). Таким образом, соотношение между юношами и девушками с диагнозом раннего алкоголизма 3:1.

Существенные различия в типе употребляемых спиртных напитков позволили разделить подростков на две группы. Первую группу составили лица, предпочитающие в основном слабоалкогольные напитки: как правило, крепкие (до 8-9% чистого алкоголя) сорта пива и джин-тоника, реже — сухие вина. В эту группу вошло абсолютное большинство подростков — 73,5% (50 человек: 30 юношей и 20 девушек). У половины из них (16 юношей и 9 девушек) размеры пьянства достигали критериев диагноза алкоголизма I стадии. Таким образом, соотношение юношей и девушек, злоупотреблявших легкими алкогольными напитками, было 3:2, а среди больных алкоголизмом из этой группы — менее 2:1. Эти данные свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих легкими алкогольными напитками.

Суточная толерантность предпочитающих слабые алкогольные напитки составляла в среднем 5-6 бутылок пива или 7-8 банок (по 0,33 л) джин-тоника, что составило более 200 мл чистого алкоголя. Суточная толерантность у юношей и девушек практически не

различалась. Предпочитающие легкие алкогольные напитки обычно употребляют их в компании сверстников, на дискотеке, днях рождениях, «чтобы утолить жажду летом», достаточно редко в одиночестве. Почти все подростки данной группы сообщали, что желание выпить обычно возникает у них в компании сверстников. Такой характер употребления спиртного указывает на наличие групповой психической зависимости у данных подростков. Примечательно, что подростки, предпочитавшие легкие спиртные напитки, в 100% случаев отрицали существование проблемы, связанной с алкоголизацией, и на прием к врачу обратились исключительно под настойчивым влиянием родственников и друзей. В процессе дальнейшего психотерапевтического лечения эти подростки представляли наибольшую сложность в плане коррекции алкогольной анозогнозии.

Вторую группу составили подростки, предпочитающие дистилляты или крепкие спиртные напитки (в абсолютном большинстве водку). Их оказалось меньшинство — 26,5% (18 человек, из них 16 юношей и две девушки). Диагноз алкоголизма (в эту группу вошли и все больные со II стадией заболевания) был поставлен 12 юношам и обеим девушкам (88,8%), предпочитавшим крепкие напитки. Толерантность любителей крепких напитков составила 200-350 мл водки/сут., что в пересчете на чистый алкоголь оказалось менее 100-150 мл. Пьющие крепкие напитки обычно употребляли их в небольших компаниях (2-3 человека), на днях рождениях и в одиночку.

Важным представляется, что у 36 человек (52,9%) отмечалось эпизодическое сочетанное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Главным образом это были анаша (более 50%), транквилизаторы и седативные средства (30%), в шести случаях (17%) — экстази, в четырех случаях — героин, в двух случаях — грибы, вызывавшие галлюцинации. Табакокурение отмечалось у 55 (81 %) подростков. В группе молодых людей, сочетанно употребляющих алкоголь и наркотики, преобладали юноши — 30 человек (83,3%). Любопытно, что абсолютное большинство (88,8%) совмещали наркотики именно с легкими алкогольными напитками. Результаты, показывающие высокую корреляцию между потреблением алкоголя и наркотиков у современных старшеклассников, были представлены и литовскими специалистами (Bielskute, Zaborskis, 2005). Это перекликается с данными о значительном числе больных полинаркоманией, а также сочетанно употребляющих наркотики (в том числе и опиаты) и преимущественно легкие алкогольные напитки (Савченков и др., 2000).

Отдельно нами изучались особенности алкоголизма у девушек-подростков (Егоров, 2002). Именно в последнее время число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, существенно возросло. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее. Таким же было это соотношение и в нашей стране в середине 1990-х гг. В 1991 г. оно отмечалось как 1:9, к 1995 г. составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 (Альтшулер, 2000). Вместе с тем недавние английские исследования показали, что соотношение сорокалетних мужчин и женщин, коренных англичан, имеющих алкогольные проблемы, находится уже в пределах 2:1. Исследование количества потребляемого алкоголя среди старших школьников в США вообще не выявило значимых половых различий (Simons-Morton et al., 1999).

Хотя женский алкоголизм по сравнению с мужским развивается в более позднем возрасте (25-35 лет), большинство специалистов отмечает его особую тяжесть и злокачественность (Бабаян, Гонопольский, 1987; Шабанов, 1999, Энтин, 1990). Возможно, из-за этого женщины после начала болезни вынуждены обращаться за лечением более чем в два раза раньше, чем мужчины (Альтшулер, 2002). Тем не менее некоторые авторы не разделяют точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчерки-

21 Зак. 3806

вая противоречивость данных и невозможность четко измерить величину этого показателя (Гузиков, Мейроян, 1988; Пятницкая, 1988).

Поскольку в последние десять лет отмечается существенное снижение возраста знакомства с наркотиками и алкоголем, то проблема ранней алкоголизации и алкоголизма среди девочек-подростков становится весьма актуальной. Тем более что одна из отчетливых тенденций, характеризующих сегодняшнюю наркологическую ситуацию в России, — стирание половых различий в проблеме наркопотребления и алкоголизации среди подростков (Егоров, 2001; 2003; Кессельман, Мацкевич, 2001, Шереги и др., 2001). Если десять лет назад девочки составляли от 10 до 15% наркоманов (Личко, Битенский, 1991), то, согласно последним данным разных авторов, соотношение наркозависимых юношей и девушек находится в пределах 2:1-3:1 за счет резкого вовлечения в наркопотребление последних (Кошкина, 2002). Последние американские исследования показывают, что белые девушки уже обогнали юношей по употреблению ПАВ и алкоголя (Wallace et al., 2003).

В последних работах отечественных специалистов отмечается рост распространенности алкоголизма среди подростков женского пола (Владимиров, 1993), а также более быстрое нарастание алкогольной симптоматики и высокая прогредиентность заболевания у девушек по сравнению с юношами-подростками (Сидоров, Митюхляев, 1999). Вместе с тем некоторые недавние исследования показывают, что молодой возраст начала злоупотребления алкоголем сам по себе, без учета преморбидных особенностей женщин, не является фактором высокого риска скорого начала болезни (Кравченко, 2002).

Недавние социологические исследования обнаружили еще большее стирание половых различий, касающихся употребления алкоголя, среди юношей и девушек: пьют алкогольные напитки ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек, т. е. соотношение составляет 3:2 (Шереги и др., 2001).

Нами (Егоров, 2002; 2004) было обследовано 28 девушек в возрасте от 14 до 20 лет (средний возраст 16,2±1,8 лет), обратившихся за консультацией. В подробной клинической беседе выяснялись анамнестические сведения, которые заносились в специально разработанную анкету. Особое внимание уделялось преморбидным особенностям личности, а также присутствию коморбидной патологии. Для подтверждения наличия проблем с употреблением алкоголя все испытуемые обследовались с помощью теста CAGE. Результаты теста CAGE показали, что все девушки имеют проблемы с употреблением спиртного (на 2 и более вопросов ответили положительно 100% испытуемых).

Согласно анамнестическим сведениям, все девушки были из относительно обеспеченных семей. Двадцать две воспитывались в полных семьях, 6 — матерью и отчимом, 4 были из неполных семей. Большинство девушек на момент осмотра продолжали образование в школе (13), в среднем специальном (4) или высшем (6) учебном заведении. Пять девушек на момент осмотра нигде не учились и не работали, 12 девушек имели самостоятельные дополнительные заработки, остальные находились на иждивении родителей или мужа (друга). У большинства (54%) выявлена наследственная отягощенность: злоупотребление алкоголем отцом обнаружено у 9 человек (32%), матерью — у 4 (14%), обоими родителями — у 2 (7%). Как указывалось выше, наследственная отягощенность как существенный фактор риска развития алкогольных проблем у женщин ранее отмечалась многими исследователями.

Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание истерических (46%) и эксплозивно-эпилептоидных (21%) черт характера среди обратившихся пациенток. Гипертимные черты встречались реже: у 3 (11%) девушек, а неустойчивые — лишь в двух случаях (7%). У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжитель-

ностью не менее недели. Почти у четверти (21%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга).

Это согласуется с литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом (Владимиров, 1993), поведенческих расстройств (Moss, Lynch, 2001) и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек (Альтшулер В. Б., 1999; 2000; 2002). Набольшее число преморбидных личностных расстройств у девочек-алкоголичек по сравнению с мальчиками указывают П. И. Сидоров и А. В. Митюхляев (1987; 1999). Женщины, страдающие алкоголизмом, при исследовании с помощью Каролинской личностной шкалы по сравнению с контролем продемонстрировали большую тревожность, чувствительность, социальный конформизм, импульсивность, раздражительность, повышенную утомляемость, неудовлетворенность предыдущей жизнью и опытом детства (Ostlund et al., 2001). Асоциальное расстройство личности встречается у женщин с алкоголизмом в 1,5-3 раза реже, чем у мужчин (Kessler et al., 1997; Schuckitet al., 1997). Немецкие исследователи выявили достоверное повышение баллов по шкале нейротизма в тесте Айзенка у женщин-алкоголичек по сравнению с мужчинами, причем это было единственное достоверно значимое отличие (Weijers et al., 2003). Тенденция к суицидным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35% от общего числа). Кроме того, имеются данные, что патологический преморбид более выражен у женщин, злоупотребляющих алкоголем в сочетании с другими психоактивными веществами (Hallman et al., 2001). Агрессивное поведение также более характерно для девушек, нежели для юношей, потребляющих алкоголь и другие ПАВ.

Известный американский исследователь в области наркологии M. Schukit с коллегами (Schukit, 2000; Schukit et al., 1997) показал, что аффективная патология в преморбиде встречается у 15-20% женщин и только у 5% мужчин, страдающих алкоголизмом. Кроме того, те же авторы сообщают о более частом присутствии в преморбиде у женщин-алкоголиков фобических, тревожных расстройств, а также постравматического стрессового расстройства. О прямой зависимости между тревогой/депрессией и алкоголизмом у женщин по сравнению с мужчинами говорят и недавние австралийские исследования (Alati et al., 2004). Это полностью подтверждается данными M. Frye с соавт. (2003) о повышенном риске алкоголизма у женщин с биполярным аффективным расстройством по сравнению с мужчинами, имеющими то же расстройство. В целом авторы приходят к выводу, что алкоголизм связан у женщин с биполярным расстройством и полисубстантным употреблением ПАВ в анамнезе, в то время как у мужчин алкоголизм больше соотносится с алкогольной наследственностью и биполярным расстройством. A. King с коллегами (2003) утверждает, что именно депрессия и повышенный личностный нейротизм (по Айзенку) являются основными предикторами развития женского алкоголизма, в то время как стрессовые воздействия вносят лишь дополнительный вклад, ложась на патологическую «почву». Именно из-за выраженного аффективного компонента алкоголизма женщины обращаются за помощью не в связи с алкогольными проблемами, как мужчины, а по поводу эмоциональных проблем (Allen et al., 1998).

Вместе с тем имеются указания, что депрессивные переживания могут быть вторичными по отношению к алкоголизму и, как правило, наиболее выраженными в абстинентном состоянии. Это, возможно, связано с тем, что, в отличие от мужчин, у женщин злоупотребление алкоголем сопровождается усилением интраперсональных проблем: обостряются конфликтность, депрессии (Robbins, 1989). Недавние немецкие исследования указывают также на высокую корреляцию социальной фобии и панических атак в преморбиде у девушек с развитием алкоголизма в подростковом и молодом возрасте.

Первая проба алкоголя в обследованной группе приходилась на возраст от 10 до 13 лет. Обычно это совпадало с каким-либо торжественным событием: день рождения (собственный, родителей, друзей), общенациональный или религиозный праздник, свадьба. Алкогольное опьянение при первой пробе, как правило, было легкой степени, хотя у троих уже первая алкоголизация была значительной и сопровождалась выраженными симптомами интоксикации: головокружением, шаткостью походки, тошнотой и рвотой. Регулярное употребление алкогольных напитков (не реже одного-двух раз в неделю) формировалось в течение 1,5-2 лет после первой пробы, что свидетельствует о достаточно прогредиентном течении. Алкоголизация переносилась из семейного окружения в различные группы несовершеннолетних.

По степени развития алкогольной зависимости на момент обследования было выделено две группы. В 1-ю вошли 17 девушек (61%), у которых желание выпить возникало в компании сверстников: в одиночку они не употребляли алкоголь или делали это крайне редко. Это свидетельствует о сформировавшейся групповой психической зависимости у данной категории пациенток, что характерно для этапа злоупотребления алкоголем [аддиктивного поведения] (Личко, Битенский, 1991).

Мотивы употребления алкоголя в этой группе были, в основном, гедонистические — «приятно провести время», субмиссивные — «быть как все», «почувствовать себя взрослым», реже атарактические — «желание расслабиться, снять напряжение».

Во 2-ю группу вошли остальные 11 девушек (39%), которые помимо совместного с друзьями приема алкоголя отмечали неоднократные факты употребления спиртного в одиночку. Отмечался также рост толерантности к спиртному, нередкие амнезии и палимпсесты периода опьянения.

Мотивы такого употребления были чаще всего атарактические — «желание расслабится, снять напряжение» либо связанные с гиперактивацией поведения — «поднять настроение», «от скуки», «просто захотелось». Иногда алкоголь употреблялся ими и в утренние часы, но это не носило регулярного характера, отсутствовало компульсивное влечение. Скорее такое «опохмеление» носило подражательный характер («Все "лечились" после пьянки — и я за компанию»). Это, а также отсутствие запоев свидетельствует, что у данной категории пациенток абстинентный синдром еще не сформировался, в то время как признаки алкогольной зависимости (I стадии алкоголизма) уже имелись. Следует отметить, что у 7 пациенток 2-й группы в анамнезе отмечался этап групповой психической зависимости к алкоголю, продолжавшийся в среднем 2 года. У 2 пациенток уже в течение года после начала употребления алкоголя появилось желание употреблять алкоголь индивидуально, достигая степени выраженного алкогольного опьянения.

Важным представляется факт, что у абсолютного большинства (89%) пациенток отмечалась анозогнозия по отношению к собственной алкоголизации. Лишь две пациентки в процессе беседы признали, что «возможно, имеются некоторые проблемы». На прием к наркологу все девушки были приведены родителями, мужьями или друзьями после неоднократных алкогольных эксцессов, сопровождавшихся попаданием в милицию, участием в пьяных компаниях (где они были обнаружены родственниками), проблемами в школе (нахождение в нетрезвом виде на дискотеке), угрозой развода и т. д. Установка на лечение у пациенток отсутствовала.

Абсолютное большинство — 20 (71%) девушек — предпочитали относительно легкие алкогольные напитки (преимущественно крепкие сорта пива, джин-тоника или, реже, других спиртосодержащих коктейлей). При этом в 1-й группе легкие алкогольные напитки предпочитали 90% пациенток, а во 2-й — 55%. Остальные предпочитали крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк) либо чередовали их с приемом легких. Нужно отме-

тить, что средняя доза принимаемого во время эксцесса алкоголя в пересчете на абсолютный этанол (количество мл 100%-го спирта в сутки) у злоупотребляющих легкими алкогольными напитками была несколько выше, чем у предпочитающих крепкие напитки: 180-200 мл против 150 мл. Эти данные отражают общую тенденцию, отмечающуюся в подростковой популяции, когда предпочтение отдается легким алкогольным напиткам, злоупотребление которыми зачастую превышает в абсолютном исчислении употребление дистиллятов (Егоров, 2001,2002).

Алкоголизация у девушек-подростков почти всегда сочеталась с табакокурением (89%); обычно начало табакокурения на 1-1,5 года предшествовало первому алкогольному эксцессу. Больше половины (54%) имели опыт употребления или продолжали эпизодически употреблять (не более 1-4 раз в месяц) наркотические вещества. В большинстве случаев это была конопля (12 человек), реже «экстази» (5 человек), галлюциногены (ЛСД, грибы) (5 человек), снотворные (4 человека). «Тяжелые» наркотики употреблялись реже: героин пробовали 3 человека, эфедрон и другие амфетамины — 3. Любопытно, что применение наркотиков начиналось на фоне регулярного употребления преимущественно легких спиртных напитков (в 87% случаев). Наркотики употреблялись, как правило, в компании сверстников.

Интересно, что среди сочетанно потребляющих алкоголь и другие психоактивные вещества преобладали девушки с резко выраженными истероидными и гипертимными чертами личности, а также имевшие склонность к колебаниям настроения. Это перекликается с данными (Mailman et al., 2001) о более выраженных преморбидных особенностях у женщин, склонных к полинаркотизму.

Эти факты еще раз подтверждают теорию стадийного развития зависимости у подростков: приобщение идет поэтапно, от более легких психоактивных веществ к более тяжелым («Наркология», 1998). Подтверждением теории стадий служат и последние финские исследования, установившие, что курение и употребление опьяняющих доз алкоголя в младшем пубертате — основной предиктор развития алкоголизма и других форм химической зависимости в старшем пубертате и молодости (Riala et al., 2004).

Исследование клинических особенностей раннего женского алкоголизма подтвердило высокую наследственную предрасположенность к заболеванию, а также преобладание преморбидных истеро-эпилептоидных личностных особенностей в сочетании с аффективной неустойчивостью. Вероятно, совокупность этих факторов определяет прогредиентность развития заболевания. На этапе групповой психической зависимости девушки в абсолютном большинстве предпочитают легкие алкогольные напитки. На этапе сформированной зависимости относительно увеличивается удельный вес крепких напитков, хотя легкие алкогольные напитки продолжают преобладать. Как и для всей подростковой популяции в целом, для девушек также характерно сочетание — злоупотребление алкогольными напитками и эпизодическое употребление наркотических веществ.

Таким образом, оценивая современное состояние проблемы ранней алкоголизации и алкоголизма, можно сделать следующие выводы. 1) Современные подростки предпочитают легкие алкогольные напитки, которые они могут сочетать с «легкими» наркотиками и другими ПАВ. 2) Стираются половые различия в особенностях алкоголизма между юношами и девушками. Соотношение юношей и девушек среди злоупотребляющих легкими спиртными напитками снижается, что свидетельствует о росте женского алкоголизма в будущем. 3) Среднесуточное количество употребляемых легких алкогольных напитков в пересчете на чистый этанол превышает таковое у злоупотребляющих крепкими напитками. Это может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости (при сочетанном употреблении алкоголя и нар-

котиков). 4) Полная анозогнозия, отмечающаяся у подростков, употребляющих легкие виды спиртного, требует разработки современных подходов профилактики и психотерапии этой формы ранней алкоголизации. 5) Подростки, злоупотребляющие именно легкими спиртными напитками, в большинстве случаев имеют опыт употребления наркотиков. 6) Среди злоупотребляющих алкоголем подростков доминируют гипертимные, истероидные и эпилептиоидные личности, особенности характера которых позволяет им занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации в том, что именно потенциальные лидеры-аддикты будут способствовать вовлечению в потребление алкоголя и других ПАВ остальных подростков.

Итак, совершенно ясно, что особенности химической зависимости у подростков имеют свои закономерности, клинические проявления и исходы. Недостаточно изучены особенности поведенческих аддикций в этом возрасте. Все это делает актуальным выделение в современной науке направления об особенностях детской и подростковой аддиктологии как самостоятельного. В рамках этого направления с мультидисциплинарных позиций должны изучаться качественные характеристики зависимого поведения в детском и подростковом возрасте, разрабатываться специфические стратегии профилактики и лечения этих расстройств с учетом этого возраста.

ГЛАВА 26

ТЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

26.1. Нейрохимические и нейрофизиологические параметры при опийной наркомании: тендерные различия

Проблема опийной наркомании, впервые возникшая в конце XIX в., к концу XX в. стала одной из актуальных. Это произошло вследствие расширения числа разновозрастных лиц, злоупотребляющих героином, вовлечения в накопотребление самых фертильных слоев населения, куда входят и женщины. Если раньше клинической реальностью был «женский алкоголизм», то в настоящее время в связи с ростом опийной наркомании у женщин вполне адекватным стал термин «женская наркомания». Тендерные различия героиновой наркомании у мужчин и женщин, несомненно, имеются, но в силу новизны проблемы они изучены недостаточно (Мохначев, 2001).

Нейрофизиологические и нейрохимические аспекты химических аддикций, к которым относится и опийная наркомания, важны и значимы наряду с клиническими, т. к. лежат в основе большинства психических процессов, в том числе формирования психической и физической зависимости. Существует множество нейрохимических концепций возникновения опийной наркомании, подытоженных некоторыми авторами: дефицитарная, эндорфиновая, адреналиновая, дофаминовая, этаноловая, системная концепция психобиозависимости (Шайдукова, 2002).

Эндорфиновая концепция формирования зависимостей подчеркивает значимиость эндогенных опиатов. При употреблении ПАВ увеличивается уровень 5-эндорфинов, а систематическое их употребление ведет к уменьшению ц-опиатных рецепторов — вторичному процессу, связанному со стимуляцией выработки эндогенных опиатов. Наркотическое действие ПАВ объясняется увеличением синтеза нейромедиаторов, оказывающих позитивный психофармакологический эффект. Взаимосвязь алкогольно-наркотического опьянения с продукцией эндорфинов вполне доказана. Вместе с тем связь нозологически сформированных заболеваний с состоянием опиатной системы требует экспериментального подтверждения, считают исследователи (Зайцев, Шайдуллина, 2003; Jepsen, 1990).

Адреналиновая концепция объясняет пристрастие к употреблению ПАВ высоким уровнем адреналина и низким уровнем продуктов его распада в крови. Нарушение катехоламинового обмена порождает психическую напряженность, возбуждение и гнев, требующие разрядки, причем воздержание от употребления ПАВ лишь усиливает «катехоламиновый прессинг».

Дофаминовая концепция переносит акцент на состояние дофаминовой системы. Для формирования зависимости необходима активность т. н. «системы подкрепления» и «системы награды», регулируемых с помощью нейромедиаторов из стволового отде-

ла головного мозга, лимбической системы, ответственных за эмоционально-волевые, мотивационные проявления. Эта концепция получила наибольшее распространение: дофаминовой и серотониновой нейромедиации отводится ведущая роль в формировании зависимости (Анохина, 2001).

Зарубежные авторы для объяснения единого аддиктивного эффекта различных ПАВ предложили свою нейрохимическую модель (Milkman, Sunderwirth, 1987). Согласно их концепции, у аддиктивных лиц существуют три типа реакций — возбуждения, пресыщения, усиления пристрастий. При возбуждении происходит повышенный выброс дофамина и норадреналина; при пресыщении отмечается увеличение уровня гамма-аминомасляной кислоты; при усилении пристрастия наблюдается выброс серотонина, считают исследователи.

Итак, в научной литературе достаточно подробно описан патогенез наркоманий, где ключевую роль играют дофаминовая, а также адренергическая системы, формирующие толерантность и зависимость к наркотикам (Анохина, 1995; Шабанов, 1990). Вместе с тем некоторые исследователи справедливо отмечают, что результаты, полученные с помощью фармакологической методологии, неполно отражают сущность вопроса, не раскрывают последовательности реакций, составляющих основу патогенеза (Панченко, Балашов, 1986; Sheps, Ballenger, De Gentetal., 1995; Caille, Parsons, 2003).

Авторы верно определили характер взаимодействия наркотиков с клетками как «точечный», осуществляемый через рецепторы — мишени (для опиатов это опиоидные рецепторы). Несмотря на то что в формировании зависимости принимают участие разнообразные анатомические образования (базальные ядра, гиппокамп, миндалины, префронтальная кора), медиаторные физиологические системы (опиоидная, дофаминовая, индоламиновая, холинэргическая, адренергическая), нейрохимические субстанции (рецепторы, нейромедиаторы, транспортные системы, первичные внутриклеточные посредники), необходимым условием ее возникновения является первичное взаимодействие опиатов с опиодными рецепторами (Muller, Koch, Rene et al., 1999; Narita, Yajima, Suzuki, 2000; Narita, Funada, Suzuki, 2001).

Невзирая на различие позиций исследователей — фармакологических, нейрофизиологических, нейрохимических, — одно положение можно считать доказанным — это участие опиоидных рецепторов в форме их гиперстимуляции как начального патогенного стимула. Возникает патологическая адаптация с последующим изменением функциональной активности и трансформацией толерантности.

Следует отметить, что и в условиях «физиологической нормы» происходят аналогичные процессы избыточной стимуляции опиоидных рецепторов эндогенными соединениями. А. М. Балашов (2005) приводит данные других исследователей об «уязвимых ситуациях», когда наблюдаются количественно сходные процессы гиперстимуляции опиоидных рецепторов; это ситуации повышенных физических нагрузок (Narita, Funada, Suzuki, 2001), ситуации воздействия природных циклических событий (Stefano, Fricchionc, 1995), действия стрессовых факторов (Sheps, Ballenger, De Gent et al., 1995).

Из вышеизложенного можно сделать теоретическое предположение о возможном «ситуационном облегчении» формирования зависимости от ПАВ при определенных обстоятельствах. Клинические данные в целом подтверждают теоретические выкладки о наличии ситуационных мишеней — внешних триггерно-запускающих механизмов закрепления патологической фиксации. Очевидно и то, что *вариационный ряд внешнеситуационных факторов будет несколько отличаться в мужской и женской популяции, а следовательно, будут отличаться и условия формирования патологической зависимости от ПАВ.*

Так, вышеуказанные ситуации повышенных физических нагрузок характерны больше для мужчин, стрессовые факторы одинаково часто воздействуют на мужчин и на женщин, а последствия циклических природных явлений отмечаются больше в женской популяции. В последнем случае речь идет не только о сезонно-циркадных изменениях, генетически детерминированных для обоих полов (Agatsuma, Hiroi, 2004), и даже не о суточных колебаниях концентрации эндогенного лиганда опиодных рецепторов (Bayon, Anton, 1986), но о месячных циклических изменениях, характерных для женского пола.

Клинически доказано усиление влечения к алкоголю у женщин в предменструальные периоды, значение ПМС для экзацербации алкогольных расстройств. В некоторых работах указывается, что и у половины обследованных женщин, больных опийной наркоманией, выявлено наличие патологического ПМС (Мохначев, 2001). Имеет ли предменструальное напряжение такое же значение при наркотических проблемах, как при алкогольных, еще предстоит детально изучить. Несомненно одно: тендерные отличия воздействия циклических факторов влияют на специфику наркомании у женщин.

При изучении психических проявлений опийной наркомании у обоих полов особое место уделяется механизмам позитивного подкрепления, лежащим в основе патологически приобретенных мотиваций. Исследование патогенеза, механизмов формирования «болезней зависимости» указывает на значимость ряда вышеперечисленных мозговых систем, определяющих потребности организма, которые, в свою очередь, диктуют направление мотивационного возбуждения (Воробьева, 1978; 2005; Гарбузова, 1994; Майский, Ведерникова, Чистяков, Лакин, 1982; Судаков, 1995). Позитивные эмоции — это мобилизующий фактор, закрепляющий поведенческие акты, при частой повторяемости превращающиеся в систему целенаправленного поведения. Образуется порочный круг: потребность — мотивационное возбуждение — поведенческий маркер — употребление ПАВ — позитивные эмоции — потребность.

Патологические потребности и мотивации определяют патологически деформированное поведение, тем более систематизированное и стабильное, чем выше наркотический стаж, опыт, глубже патологическое влечение (Титкова, 1995; Анохина, 2001). Некоторые авторы считают, что существуют разные уровни «влечения к положительным эмоциям» — низкий, умеренно повышенный и высокий (Воробьева, 2005). Опираясь на нейрофизиологические и нейрохимические исследования, ученые выдвинули рабочую гипотезу об исходно низкой эмоциональной активности с характерным эндогенным насыщением положительными эмоциями, «нормогенном» функционировании и высокой эмоциональной активности.

Исследователи утверждают, что прогностическим критерием развития влечения к опиатам (в эксперименте был взят морфин) служит изменение функциональной активности эмоциогенной системы мозга в сторону избытка или дефицита положительных эмоций. В первом случае — при эндогенном избытке положительных эмоций — наркотик выступает как заменитель источника удовлетворения; во втором случае — при дефиците эмоций — как фактор, покрывающий позитивный эмоциональный дефицит. К дополнительным критериям риска формирования патологической мотивации относится стирание межполушарных различий в функционировании структур эмоциогенной системы и гиперчувствительность к воздействию левого полушария.

Обсуждая особенности «женской наркомании», можно сделать предположение, что именно тендерные отличия в виде присутствия частых депрессивных проявлений, а следовательно, дефицита позитивных эмоций, определяют более злокачественное течение «болезней зависимости» у женщин. С другой стороны, избыточность позитивного эмоционального реагирования у женщин со стремлением к самостимуляции или экзоген-

ной стимуляции с помощью ПАВ также является фактором риска развития наркоманий. Эмоциональная несбалансированность в форме ситуационного дефицита или избытка позитивных эмоций делает женщин «физиологической группой риска» развития наркоманий при единичном употреблении ПАВ, в то время как «нормогенность» функционирования эмоциогенной системы мозга мужской популяции придает определенную толерантность развитию зависимости у них. Нейрофизиологические данные исследования межполушарных взаимоотношений еще более подкрепляют идею о тендерных различиях и указывают на то, что женские особи более уязвимы в приобретении патологических мотиваций к систематическому употреблению ПАВ как средств выравнивания эмоционального гомеостаза.

Интересны экспериментальные исследования возрастного аспекта в формировании влечения к наркотику (морфину). У слишком молодых подопытных животных с незрелой морфофункциональной организацией мозга, отсутствием четкой латерализации эмоциональных проявлений в результате невозможности специфической дифференциации эмоциогенной системы затруднено формирование патологической мотивации: только по достижении определенного возраста (у лабораторных крыс — трехмесячного) выявлялись нейрогормональные и нейрофизиологические перестройки организма, способствующие поддержанию патологической интеграции влечения к морфину (Воробьева, 2005). Несмотря на сложность экстраполирования экспериментальных данных на человеческую популяцию, результаты этих исследований доказывают значимость возрастного фактора в формировании и течении наркоманий. Клинические исследования различных аспектов наркомании у людей также указывают на различную злокачественность в подростковом и зрелом возрастах (Личко, Надеждин, 1990).

Таким образом, проблематика тендерных различий «болезней зависимости» у женщин и мужчин возникает еще на базовом — нейрохимическом и нейрофизиологическом уровнях, что необходимо учитывать при исследовании клинических аспектов.

26.2. Психические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами: тендерные различия

В последние годы в связи с возрастанием числа лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), и увеличением количества самих ПАВ, заметно повысился интерес к аддиктивным проблемам. Научные и практические выкладки XIX-XX вв. касались в основном злоупотребления алкоголем с признанием алкоголизма как самостоятельного заболевания, а наркологии — как отдельной клинической специальности. В научной литературе преобладала биологическая модель алкоголизма, хотя не отрицалась психическая составляющая заболевания в виде расстройств поведения, влечения с появлением клинического «новообразования» — патологической тяги к алкоголю (еще в 1840 г. была выделена «дипсомания» — «болезненная и выраженная жажда алкоголя пароксизмального характера»).

По мере накопления наркологических знаний, клинического опыта в диагностике и лечении алкоголизма, междисциплинарного взаимодействия с иными науками (психологией, социологией) все большее значение стала приобретать психобиосоциальная модель злоупотребления не только алкоголем, но и другими распространенными ПАВ. Наркология все более трансформировалась в аддиктологию, изучающую «болезни желания», «болезни зависимости» и больных — аддиктов с характерным аддиктивным поведением.

Начался поиск характерных для будущих наркологических пациентов специфических преморбидных особенностей, что могло бы их объединить в группу «преалкогольных» (Бехтель, 1986) или «наркоманических» (Рохлина, Козлов, 2000) личностей. Так, исследования под руководством Н. Н. Иванца указывали на особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с психастеническим, истерическим, стеническим типом характера. Впоследствии аналогичная работа была представлена в отношении больных героиновой наркоманией (Иванец, Винникова, 2000). Было выявлено, что преморбидные личностные черты особенно влияют на параметры заболеваний, сроки формирования симптоматики, наличие рецидивов и длительность ремиссий. Выделить преимущественную акцентуацию характера, проявляющую «тропизм» к злоупотреблению, не представлялось возможным, т. к. среди пациентов одинаково часто встречались самые разнообразные характерологические типы.

Вместе с тем понятие «преалкогольной» личности все же было обозначено (Бехтель, 1986). Оно включало в себя общие для больных черты в виде аструктурности, импульсивности, потворства своим желаниям, снижения контроля своих действий. При изучении характерологических особенностей больных наркоманией также определялись свойства «наркоманической личности» (Рохлина, Козлов, 2000). Назывались черты характера, наиболее часто приводящие к формированию зависимости и составляющие по своему содержанию четыре группы: асоциальности, дифензивности, когнитивного дефицита и нарушения самосознания (Даренский, 2005).

Это положение коррелируете ранними психодинамическими работами, исследующими внутренний мир аддиктов, в которых была выдвинута теория «структурного дефицита» — неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, адаптивно изменять и контролировать свое поведение (Wieder, Kaplan, 1969; Wurmser, 1974). Аддиктивные личности, считают авторы, используют психоактивные вещества для компенсации дефицитарности, замещения дефекта в психологической структуре (Kohut, 1975).

Другие исследователи пишут о неспособности аддиктов дифференцировать свои чувства из-за наличия алекситимии (Milkman, Frosch, 1973; Krystal, 1982). Вместе с тем эти же авторы отмечают, что пациенты, неспособные выразить собственные чувства, хорошо различают эффекты, вызванные наркотиками. Эмоциональная выразительность, связанная с оценкой действия наркотика, замещает эмоциональную пустоту собственной личности, считают ученые (Spotts, Shonts, 1987). Был сделан вывод (Wurmser, 1974), что кажущаяся эмоциональная скудость наркоманов и связанная с ней алекситимия объясняется упорным стремлением пациентов отрицать не только наличие внутренних проблем, но и внутреннего мира в целом, когда аддикты отказываются «заглянуть в себя», избегают интроспекции, т. е. обладают «психофобией».

В отечественных работах, ставших уже классическими, также указывалось на наличие «анозогнозии» (отрицания заболевания) как ведущего критерия алкоголизма и наркомании (Пятницкая, 1997). Словесная формула «Я не алкоголик», «Я не наркоман», отказ признать у себя наличие тяжелого заболевания, требующего внешней коррекции, стало выразителем основной позиции пациентов, злоупотребляющих алкоголем и другими ПАВ, а также обладающих рядом нехимических аддикций («У меня нет зависимости»).

При исследовании причины анозогнозии L. Wurmser (1974) столкнулся с присутствием у больных наркоманией инфантильного «первичного» невроза — основы их будущей патологии. «Фобическое ядро» проявлялось в страхе интроспекции, в неумении и боязни взаимодействия с самим собой и окружающей средой. «Фобическое ядро» также нуждалось во внешней защите, эту роль брал на себя наркотик, что порождало зави-

симость от него. Подкрепляя свою точку зрения, автор нашел общее между вытеснением травмирующей ситуации невротиком и блокированием «неугодной» информации, отрицанием проблемы зависимой личностью.

Зависимость от внешнего фактора (химического вещества, сексуального партнера, неодушевленного объекта — компьютера, наконец, самого психотерапевта) — это одно из свойств гетерономной личности. Соответственно, существуют гомономные черты, проявляющиеся в независимости от внешних факторов (Даренский, 2005). Алкоголизм и наркомания — заболевания не эндогенной природы, а экзогенного происхождения, поэтому носители этих болезней в своем большинстве — «экзогенно-гетерономные» личности. Отсутствие автономности, независимости от внешних условий, страх остаться без «защитника» характеризует гетерономную личность, поэтому больные алкоголизмом и наркоманиями склонны к созависимому поведению, формируя созависимый стиль отношений вокруг себя.

По мнению Л. К. Шайдуковой и А. Ю. Егорова (2005), в основе нарконаправленного аддиктивного поведения лежат следующие свойства: 1) девиантность; 2) эксцессивность (чрезмерность, неоптимальность); 3) подчиненность, доходящая до психологической зависимости; 4) изменение психоэмоционального состояния с появлением положительных эмоций либо сменой отрицательных на нейтральные; 5) сверхценность, т. е. доминирование в сознании, что определяет всю направленность мыслей, поведения и оттесняет все иные идеи и поведенческие проявления; 6) вовлеченность в буквальном понимании этого слова — заинтересованность сферы влечения.

И. Д. Даренский (2005) приводит различные варианты состояния аддикции, сгруппированные по ведущему механизму развития: 1) эйфоризирующие; 2) психостимулирующие; 3) викарные; 4) электронные версии предыдущих форм; 5) одурманивающие; 6) аддикции изменения внешности и соматического состояния.

Для лиц, злоупотребляющих ПАВ, характерно не только специфическое нарконаправленное аддиктивное поведение, но и т. н. саморазрушающее поведение. У больных алкоголизмом и наркоманиями эти два понятия сливаются воедино, особенно когда речь идет о ранних, злокачественно протекающих формах заболевания (2003).

Впервые вопрос о саморазрушающем поведении в отечественной литературе был поднят в конце 1980-х гг., хотя глубокое изучение этой проблемы началось в 1930-х гг. Исследователи были склонны трактовать поведение как аутодеструктивное только при возникновении опасности для жизни и здоровья личности, что отмечалось при суицидах. Однако уже К. Меннингер (1989) отождествлял алкоголизацию и наркотизацию с «хроническим суицидом» — неосознанной формой саморазрушения при отсутствии планов и перспектив на будущее. При этом реальный суицид больных алкоголизмом был, по мнению автора, прорывом в сознание стремления к смерти.

Более широко рассматривали понятие саморазрушающего поведения А. Е. Личко и Ю. В. Попов (1990). В это понятие наряду с другими видами подобного поведения они относили и аддиктивное. Было выделено четыре типа саморазрушающего поведения: 1) представляющее угрозу для жизни; 2) представляющее угрозу для физического здоровья; 3) представляющее ущерб для духовного и нравственного развития; 4) представляющее ущерб для будущего социального статуса. Впоследствии предложенные термины «самонаправленная жесткость», «суицидальный эквивалент» отразили аутодеструктивный характер алкоголизации (Амбрумова, Трайнина, 1991).

Склонность к саморазрушению у больных наркоманией была замечена еще в начале XX в. и нашла свое практическое воплощение при лечении этого контингента больных в специальных санаториях. Так, в 1927 г. E. Sinunel опубликовал методику лечения аддик-

тов, склонных к саморазрушению, путем избавления от «невроза самоповреждения»: больным разрешалось наносить повреждения на изображения персонала санатория и уничтожать их. В рамках психоаналитических воззрений была высказана идея о самокарающих тенденциях у аддиктов, ставших следствием травмирующего обращения с ними в детстве (Schiffer, 1998).

Это явление было определено как «феномен продления боли» со стремлением повторить неразрешенную боль, полученную на ранних стадиях развития (Khantzian, 1990: Khantzian, Wilson, 1993). Отечественные исследователи (Скугоняко, 1998) определили это состояние как «дистрессоманию» — желание получать удовольствие через психический и физический дискомфорт (у химических аддиктов оба аспекта воплощены в наркотической эйфории, вскоре сменяющейся абстинентными психофизическими расстройствами). С этих позиций определение аддикций как «систематического повторения действий, лишенных целесообразности и реального приспособительного значения, возникающих у дефицитарных личностей как свидетельство психологической декомпенсации или дезадаптации» подтверждает концепцию «дистрессомании».

Возникает закономерный вопрос: когда и при каких обстоятельствах будущие аддиктивные личности впервые испытали боль, ставшую впоследствии столь привычной и определившей весь их дальнейший жизненный сценарий? Ответы на подобные вопросы пытаются дать ученые, разрабатывающие теории ранних психотравм (Fairbaim, 1954; Balint, 1968; Kleber, Gold, 1978; Krystal, 1982; Blatt, Berman, Bloom-Feshbacketal., 1984). Неудовлетворенность базовых потребностей ребенка — в пище, тепле, безопасности — может стать основой развития будущих неврозов, психопатий, алкоголизма и наркоманий, считают авторы.

Приоритет в развитии зависимостей у индивида отдавался отношениям к материнской фигуре, когда возникала дефицитарность в системе «мать—дитя». Нарушение этой связи в раннем детстве становится возможной причиной низкой самозащиты и способности заботиться о себе во взрослом возрасте (Khantzian, Mack, 1983), а частые суициды у наркотизирующихся — это крайние проявления потери заботы о себе (Blumenthal, 1988).

Ранние психотравмы оказывают влияние на развитие аффективной сферы, играют важную роль в дальнейшем употреблении ПАВ (Gedo, 1986: Lichtanberg, 1983). Получая систематические психотравмы в раннем возрасте (до 5 лет), не способные оценить и высказать переживаемое, будущие аддикты приобретают алекситимию (Krystal, 1970; 1982,1983,1988).

Обращение к психоактивным веществам мотивировано стремлением к преодолению «эмоциональной мертвенности», несмотря на получаемую боль. Изучение этапов эмоционального развития у аддиктов выявило низкую аффективную толерантность, истоки чего надо искать в раннем детстве. Теория «дистрессомании», предложенная отечественными авторами, подтверждается теорией «послеаффектов», оставляемых детскими психотравмами и требующих повторения чрезмерной реакции (Khantzian, 1974).

Существуют и другие, не менее значимые теории психологической дефицитарности аддиктивных личностей, объясняющие обращение к наркотикам как к средству, способному защитить от аффектов гнева, стыда и депрессии, т. е. с адаптационными намерениями. Будущие аддикты — это нарциссические личности, считают авторы (Kohut, 1971; Wolf, 1998), не способные поддержать чувство собственной целостности и самоуважения. У них крайне уязвима самооценка, нарушена саморегуляция в поддержании заботы о себе, в сохранении стабильности взаимоотношений с окружающими, контролировании своих чувств (Khantzian, 1972; 1978).

Все вышеописанные черты «аддиктивной личности» в большинстве случаев входят в определение «пограничных личностных расстройств» с присущей им диффузной идентичностью, неустойчивой оценкой окружающего, частыми изменениями эмоционального состояния, тенденцией к максималистским противоречивым суждениям, импульсивностью, хроническим чувством внутреннего хаоса, пустоты (Короленко, Шпике, 2005). По данным некоторых авторов, феномен «двойного диагноза» отмечается у 80% пациентов с пограничными личностными расстройствами: у них выявляются депрессивные, параноидные состояния, тревожные, панические расстройства, аддиктивные нарушения (Короленко, Дмитриева, 2002). Коморбидность наркологической патологии и пограничных личностных расстройств довольно высока, считают другие специалисты (Regier, Farmer, Rae, Locke etal., 1990; Nace, Davis, 1993). Поданным некоторых авторов (Даренский, 2005), приводящих общемировую статистику, в группе алкогользависимых 78% пациентов имели, как минимум, одно личностное расстройство и среднее число личностных расстройств 1,8 на пациента. В группе полинаркоманов 91% пациентов имели признаки не менее одного личностного расстройства и среднее число личностных расстройств 4,0 на пациента.

Наличие двойной патологии значительно ухудшает прогноз развития аддикций. По данным V. Thomas et al. (1999), при стандартном больничном лечении после одного года терапии у 94% пациентов с личностными расстройствами произошел рецидив аддикций, в то время как у аддиктов без личностных расстройств рецидив диагностировался в 56% случаев. При сочетании пограничных личностных расстройств (ПЛР) с химической аддикцией P. Links, M. Target (1998) установили повышенный риск суицидов, частых госпитализаций (а следовательно, частых рецидивов), нарастание профессиональных проблем. Это стало основанием для выделения ПЛР в дополнительную самостоятельную мишень психотерапии (Yong, Klosko, Weishaar, 1988; Roche, 1989; Yong, Klosko, Weishaar, 2003).

Особенно большое значение имеет выбор психотерапевтических методик у пациентов с химической зависимостью в сочетании с «асоциальным личностным расстройством» («диссоциальным расстройством личности», согласно МКБ-10). Большинство отечественных и зарубежных ученых считают малоперспективным проведение психотерапии у этого контингента больных, что согласуется с классическими работами П. Б. Ганнушкина (1933) о некоррегируемости, патологической стабильности, необратимости психопатических черт.

Химически зависимые психопатические личности склонны отрицать у себя наличие не только алкогольных (наркотических) проблем, но и дефектов характера, перекладывая ответственность на окружение. Защитная система отрицания вдвойне усилена у химически зависимых лице асоциальной структурой личности (девиз «Я не алкоголик» подкрепляется словесной формулой «Я не психопат»). Психопатическое (аффективно- и личностно-деформированное) мышление порождает своеобразные «ошибки», отмеченные Ц. П. Короленко и Т. А. Шпиксом (2005): придумывание изменений, отрицание проблемы, проекция с обвинением других, минимизация проблемы, оптимистическое мышление по желанию, рационализация поражений, разыгрывание роли жертвы или своей уникальности, интеллектуализация. Для асоциальных личностей характерно также контролирование окружающих посредством агрессии, физических или словесных атак.

Эти явления были описаны Л. К. Шайдуковой (2005) как «манипулятивные игры» аддиктов-психопатов в виде реакций запугивания, шантажа, демонстрации силы или слабости (жертвенности), фиксации виновности окружающих, выбивания психологических «льгот» за свое заболевание, рентных установок. Удовлетворительные результаты лече-

ния этой категории пациентов можно получить только в условиях полной изоляции, проведения когнитивной психотерапии с разрушением психологических защит, акцентированием негативных последствий их аддиктивно-асоциальной активности (Evans. Sullivan, 2001).

Вышеперечисленные психические нарушения универсальны для обоих полов, т. к. подчиняются базовым, интегративным законам формирования психопатологических расстройств под воздействием ПАВ. Вместе с тем выбор аддикций, способы преодоления патологических пристрастий, специфика поведенческих нарушений при употреблении ПАВ отличаются у мужчин и женщин.

В научной литературе приводится описание различных аддикций: азартные игры (гемблинг, лудомания), любовные аддикций и аддикций избегания, сексуальные аддикций, работоголизм, интернет-зависимость, спортивные аддикций и аддикций к чрезмерной трате денег (ониомания), пищевые и ургентные аддикций. Некоторые из этих аддикций коморбидны химическим, другие не выявляют коморбидности. Тендерные отличия проявляются в повышенной частоте гемблинга и интернет-зависимости в мужской популяции; любовных, пищевых аддикций, ониоманий (аддикций к покупкам) — в женской.

Полоролевая специфика женского алкоголизма заключается в сочетании химической (алкогольной) зависимости с сексуальной, что несвойственно для общей популяции женщин (Шайдукова, 1993). Автором было обнаружено наличие патологического полового анамнеза — случаев однократных и многократных изнасилований, физической и сексуальной агрессии, инцеста, раннего начала половой жизни до полного психофизического созревания, что коррелировало с ранней алкоголизацией девушек. Были также выявлены особенности поведения больных: формирование роли «жертвы», клиширование ситуаций сексуальной агрессии, обесценивание сексуальной значимости индивидуума, синергизм алкогольных и сексуальных эксцессов. Имели значение не только детские психотравмы, приведенные М F. Schwartz (1992) в рамках посттравматических стрессовых расстройств в форме чрезмерной сексуализации, но и те, что были получены в более позднем — пубертатном возрасте.

Эти данные подтверждались многочисленными зарубежными исследованиями, в которых глубоко изучался половой анамнез женщин, злоупотребляющих ПАВ (независимо от их вида). Исследовалось значение сексуальной психотравмы, полученной в детстве, для дальнейшего злоупотребления наркотическими веществами (Jarwis, Copeland, 1997; Wilsnack, 1997). Были подтверждены корреляции между ранним вовлечением в сексуальную жизнь и наркотизацией (Rosenbaum, Kandel, 1990). Женщины способны преодолеть стресс, но копинговое поведение часто порождает вторичные проблемы (Thompson, Kingree, 1996; Collins, 1998).

Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева (2002) выявили фазы формирования сексуальной аддикций: 1) сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер; 2) стадия ритуализации поведения с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению; 3) стадия компульсивного сексуального поведения с явлениями потери контроля; 4) стадия катастрофы или отчаяния, связанная с последствиями сексуальной аддикций. Авторы разделяют сексуальные аддикциии на ранние, формирующиеся на фоне общего аддиктивного процесса, и поздние, сменяющие иные формы аддиктивного поведения. На смену одних аддикций другими указывает A. S. Hatcher (1989), считающий это закономерным процессом в период алкогольных и наркотических ремиссий. Описывая особенности аддиктивного поведения у женщин, Ц. П. Короленко, Т. А. Донских (1990) отмечают, что вовлеченность в аддиктивный процесс у них значительно выра-

женнее, чем у мужчин, что затрудняет переключение с деструктивных форм на конструктивные.

Сексуальные аддикции, сочетанные с химическими, требуют сходных психотерапевтических подходов, включающих групповые, коллективные формы воздействия в рамках групп анонимных алкоголиков и сексоголиков (Schneider, Irons, 2001). Авторы также проводили тендерные исследования особенностей сочетанного сексуально-наркотического поведения мужчин и женщин. У мужчин сексуальная аддикция проявлялась в парафилиях, инверсированном сексуальном поведении — компульсивной мастурбации, педофилии, эксгибиционизме, гомосексуальных тенденциях. Усиление мужской сексуальной активности было обусловлено депрессивными и тревожными расстройствами. У женщин сексуально-химическая аддикция выражалась количественным увеличением числа половых контактов без их качественных изменений, т. е. возникало промискуитетное поведение, отмечавшееся на высоте химической интоксикации и не сопровождавшееся тревожно-депрессивными расстройствами. В другой работе сообщалось, что от 50 до 75% больных амфегаминовой и кокаиновой наркоманией мужского пола страдали инверсированной сексуальной аддикцией, которая отсутствовала до злоупотребления наркотическими веществами (Rawson, Washton, 1998).

Исследователи обнаружили, что вид наркотиков небезразличен для появления неконтролируемого сексуального поведения: кокаин усиливал сексуальное влечение у мужчин, амфетамин — у женщин. Одинаково часто усиливали напряженность сексуальной аддикции у мужчин и женщин опиаты и алкоголь (Rawson, Washton, Domier, Reiber, 2002). Сочетанная алкогольно-сексуальная аддикция наблюдалась и у мужчин, и у женщин, но у последних выявлялся «патологический сексуальный преморбид» в виде физического и сексуального насилия, инцеста, посттравматических стрессовых расстройств (Hurley, 1991; Thompson, Kingree, 1996; Jarwis, Copeland, 1997; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, 1997; Brisset-Chapman, 1998; Collins, 1998; Chandra, Krishna Benegal, Ramakrishna, 2003).

Для всех сочетанных аддикции характерна общая черта: влечение к наркотикам стимулирует сексуальное влечение и наоборот, что было обозначено авторами как «реципрокный рецидив». Это положение подтверждается рядом научных работ по изучению различий формирования и течения наркомании у мужчин и женщин (Матузок, 1993; Власова, 1997; Юлдашев, 1997; Аксенов, Крылов, Квачегина, Гусев, 1998).

Тендерные исследования героиновой наркомании дают противоречивые результаты: распространенность заболевания у женщин колеблется от 10:1 до 3:1 по отношению к мужской популяции больных (Корчагина, Кошкина, 1997; Кошкина, 1999; Hiser, Anglin, McGlothlin, 1987; Powis, Griffiths, Gossop, Strang, 1996;Grella,Joshi, 1999); наследственная отягощенность — от 35 до 90% (Grant, Ernst, Streissguth, 1996; Bygvist, 1999; Bretteville-Jensen,2000; Wasilov-Mueller, Erickson,2001).

У будущих пациенток в преморбидном периоде выявлялись общие черты — импульсивности, сенситивности, враждебности, сниженной самооценки (Moras, 1998), что в сочетании с ранними аддикциями (курением, алкоголизацией, сексуализацией) создавало благоприятную почву для дальнейшего формирования наркотической зависимости (Юлдашев, 1990; Rosenbaum, Kandel, 1990). По сравнению с больными наркоманиями мужчинами у женщин в преморбиде наиболее часто встречались истероидные и неустойчивые черты, психический инфантилизм, аффективная лабильность, реже — возбудимость, конформизм, склонность к риску и антисоциальному поведению (Рохлина, Козлов, Мохначев, 2002).

Наличие у будущих пациенток на донаркотическом этапе психических нарушений в виде циклотимических колебаний со склонностью к гипотимии и депрессии, тревожных

и панических расстройств служит патопластической почвой развития наркомании (Darke, Ross, 1997; Swan, 1997; Blanchard, 1998; Brook, 1998). В отличие от популяции мужчин, у которых депрессивные расстройства возникают в процессе наркотизации (Brady, Grice, Dustan, Randall, 1993), у женского контингента больных депрессии предшествуют наркомании, экзацербируют впоследствии при злоупотреблении ПАВ и в периоды ремиссий (Leibenluft, 1999).

Относительная «злокачественность» течения аддиктивных процессов у женщин обусловлена не только внутренними — эндогенными факторами в виде базовых аффективных колебаний, но и внешними —экзогенно-ситуационными факторами, среди которых определенное место занимает стигматизация. С научно-теоретической точки зрения стигматизация представляет собой процесс экстраполяции социально неприемлемых стереотипов на отдельных лиц или группы, выделения их из общей массы по отдельным признакам (Haighighat, 2001). Стигматизация имеет эволюционное происхождение и может рассматриваться в качестве тактики выживания и репродукции, определяющей внутренний импульс к дискриминации. Именно генетические причины лежат в основе стремления обнаружения различных видов опасности окружающей среды в виде психически больных, лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (Crisp, 2001). С научно-практической точки зрения стигматизация — это своеобразное «наложение клейма» вследствие вымышленных или реальных дефектов, обусловленных рядом факторов (Scambler, 1998).

Впервые этот феномен был изучен у женщин, злоупотреблявших алкоголем (Шайдукова, 1994; Tamerin, Neuman, 1974). Тендерные исследования значения стигматизации выявили различия в общественном мнении об алкоголизме в отношении мужчин и женщин. Стигматизация применяется как к лицам мужского пола, так и к женщинам, однако к последним общественное мнение менее снисходительно (Ridlon, 1988). Некоторые авторы пишут о «двойном стандарте» в отношении мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем, что вызвано отступлением пьющей женщины от стереотипа чисто женского поведения. Отдельные высказывания, что алкоголизм у женщин не более патологичен, чем у мужчин, но кажется таковым из-за общественного неприятия, отображают попытки отделить миф от реальности (Acker, 1993).

Однако стигма алкоголика — это не только нелицеприятное мнение общества о лицах, злоупотребляющих спиртным, но и ощущения самих больных в отношении своего «порока». Обсуждая вопросы «вины и стыда» среди женщин-алкоголиков, E. S. L. Gomberg (1987) писал, что обострение этих чувств возникает вследствие боязни общественного порицания. R Т. Поттер-Эфрон (2002) отмечал, что эти чувства, являясь, по сути своей, защитными, могут иметь как позитивное, так и негативное значение — глубокое проявление чувства вины порождает вторичные депрессивные проблемы. Негативные признаки стигматизации у женщин, больных алкоголизмом, выражались в сокрытии ими алкогольной симптоматики, снижении самооценки, своеобразной «запрограммированности на неудачу», признании своего заболевания как «злокачественного» и «низкокурабельного», «психотравматичности» женского алкоголизма, попытках личностной позитивизации, своеобразном «гиперкомпенсаторном» поведении в ремиссии (Шайдукова, 1996).

С увеличением числа женщин, злоупотребляющих наркотиками, возросло количество работ по изучению феномена стигматизации в наркологической практике в целом (Шайдукова, Овсянников, 2005) и у женщин-наркоманок в частности (Ben-Yehunda, 1990; Humphries, 1999; Ritson, 1999; Lowe, 2000; Kouimtsidis, McCloud, 2001). Авторы отмечают, что в структуре депрессивных расстройств у этого контингента больных ведущую роль

играют стигматизационные явления: стигма «наркомании» значительно болезненней стигмы «алкоголизма» из-за отсутствия многовековых традиций употребления наркотиков (по сравнению с алкоголем), опасности ВИЧ-инфицирования и заражения гепатитом. Аффективные расстройства у женщин, злоупотребляющих ПАВ, обусловлены всеми видами стигматизации — общественно-социальной, бытовой, административной. Однако для женского контингента больных значительно большее значение имеет аутостигматизация.

Таким образом, тематика тендерных отличий злоупотребления ПАВ и особенностей психических нарушений у женщин еще только разрабатывается, что определяет дальнейшие перспективы изучения этих проблем.

ГЛАВА 27

ЭТНОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

Одним из значимых критериев оценки нормативности, гармоничности и аддиктивного поведения человека считается этнокультурный критерий. Это связано с существованием разнообразных групповых норм и требований по отношению к поведению индивида— представителя групп, основанных на национальных, расовых, этнических, культуральных и субкультуральных традициях. Ненаучная оценка отклоняющегося поведения в подобных случаях строится на расхождении шаблонов поведения отдельного человека и его культурной группы. В рамках научного подхода этнокультурным вариантом девиантное (в том числе аддиктивное) поведение может быть признано лишь тогда, когда его отклонение от традиционных стереотипов одновременно является отклонением и от общепринятых, разделяемых большинством общественных групп, норм (права, нравственности, эстетики).

В настоящее время принято следующее определение понятия «этнос»: естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергетическая система (структура), противопоставляющая себя всем другим таким же коллективам, исходя из ощущения комплиментарности (Л. Н. Гумилев). Наиболее значимым в данном определении следует признать факт облигатности противопоставления себя одной группой (этносом) людей другим, вычленение своей группы из ряда родственных на основании группового осознания идентичности. В связи с этим ценно, что 3. Фрейд, изучавший явления противопоставления близких друг другу народов, назвал подобный процесс культурального вычленения «нарциссизмом малых различий». «Я заметил, — писал он, — что в большей степени враждуют между собой и насмехаются друг над другом соседние и во многом близкие друг другу народы (коллективы), например испанцы и португальцы, северные и южные немцы, англичане и шотландцы». Учитывая кажущуюся субъективность в национальном самоопределении, в современной этнопсихологии национальность, этническая принадлежность и культурная специфичность определяется на основании самооценки.

Второй важной особенностью определения понятия «этнос» следует считать этнокультурные стереотипы поведения (этностереотипы) людей (Касьянова, 1994), разделяющиеся на *автостереотипы* и *гетеростереотипы.* Первые из них отражают самооценку этнической или культурной группы, вторые — оценку со стороны. К составляющим этностереотипов относят: общий стиль поведения; общий стиль деятельности; отношение к людям; отношение к себе; волевые качества; качества ума; эмоциональные качества; социальное поведение; ментальные характеристики.

В *общий стиль поведения* включают, например, простоту (простодушие) — снобизм, откровенность (прямоту) — скрытность, терпимость — нетерпимость, честность — лживость, искренность — неискренность, агрессивность — неагрессивность, культуру — бескультурье, необузданность; в *общий стиль деятельности* — трудолюбие — лень, работоспособность — трудоголизм, халатность — обязательность; в *отношение к людям* — гостеприимство — негостеприимство, суровость — милосердие, за-

вистливость — независтливость, тактичность — бестактность, доверчивость — недоверчивость, общительность — замкнутость, высокомерие, хамство, лицемерие, двуличие; *в отношение к себе* — гордость, непритязательность, закомплексованность, самоуверенность, гонор; *в волевые качества* — стойкость, уравновешенность — неуравновешенность, безволие, активность — пассивность, покорность; *в качества ума* — глупость, тугодумие, примитивность; в социальное поведение — корыстолюбие, склонность к спекуляции, криминальность, тунеядство, клановость; *в эмоциональные качества* — чувствительность — бесчувственность, сентиментальность; *в ментальные характеристики* — предсказуемость — непредсказуемость, широту души. Иногда отдельно выделяется понятие *внешности или стиля самопрезентации* (к примеру, в него включаются нечистоплотность, неопрятность, неаккуратность). Этнокультурная нормативность поведения регистрируется на основании бытующих пословиц и поговорок, которые в этнопсихологии называются индикаторами оценки поведенческой нормы. Так, по данным З. В. Сикевич (1999), наиболее предпочтительны для русской самоидентичности такие пословицы, как: «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится», «В каком народе живешь, того обычая и держишь», «За морем — веселье, да чужое, у нас — горе, да свое», «Русский ни с мечом, ни с калачом не шутит», «Русский мужик задним умом крепок», «Русский любит авось, небось да как-нибудь», «На Руси, слава богу, дураков на сто лет запасено». То есть можно отметить, что в нормативное поведение русского человека входят такие параметры, как: основательность, неторопливость, обстоятельность, самоирония, но и нерасторопность, нерасчетливость, ригидность, склонность к крайностям. По мнению К. Касьяновой (1994), русский тип характера может быть охарактеризован как эпилептоидный: «В нашей культуре существуют собственные архетипы целеполагания и целедостижения, непохожие на западноевропейские». Следовательно, медлительность, нерасторопность и даже леность русского человека не может быть признана девиацией, поскольку она отражает народные традиции и этнокультурные стереотипы поведения. Эти же качества, к примеру, у немца могут привести к диагностике отклоняющегося поведения («Что русскому здорово, то немцу — смерть»).

В число индикаторов статуса русской женщины, по данным З. В. Сикевич (1999), включаются пословицы: «Курица — не птица, баба — не человек», «Бабе дорога — от печи до порога», «Бабе хоть кол на голове теши», «У бабы семь пятниц на неделе», «Стели бабе вдоль, она меряет поперек», «Волос долог, да ум короток», «Баба, что мешок — что положишь, то понесет». Они отражают традиционный взгляд на место женщины в жизни, а значит, и на оцениваемые как нормативные стереотипы поведения русской женщины: покорность, непоследовательность, зависимость. Выбор феминистического стиля поведения в отечественной культуре может быть воспринят как культурная девиация.

Этнокультурные стереотипы поведения формируются в процессе социализации, что приводит к становлению феномена, названного национальным характером. Под ним понимается совокупность типичных и повторяющихся у лиц определенной национальности черт характера в виде манер, стиля поведения, способов осмысления действительности. В процесс воспитания характера гармонично включается и формирование значимых для этноса и национальности черт, считающихся нормативными. Для русского — это доброта, терпение, гостеприимство, дружелюбие, широта души, патриотизм, доверчивость, открытость; для француза — любвеобилие, жизнелюбие, веселость, элегантность, общительность, изысканность, утонченность, улыбчивость; для немца — аккуратность, пунктуальность, педантизм, расчетливость, экономность, бережливость, чис-

топлотность; для американца — патриотизм, деловитость, свободолюбие, расчетливость, практичность, целеустремленность, общительность, раскованность (Сикевич, 1999).

В рамках этнического, расового, культурного и национального многообразия оценка нормативности и отклонений поведения возможна лишь внутри каждой группы. Сравнение групповых этнокультурных норм и стереотипов поведения не может считаться оправданным и научно обоснованным. Лишь этническое (культурное, национальное и пр.) самосознание создает нормативный поведенческий каркас, выход за рамки которого рассматривается как отклоняющееся поведение. Особенно ярко приписывание поведению характера девиации проявляется при оценке гетеростереотипов, т. е. тогда, когда диагност и испытуемый принадлежат к различным этнокультурным группам. Девиантное поведение вне связи с этнокультурными особенностями испытуемого может диагностироваться лишь в случаях нарушения т. н. «объективных» норм поведения (норм права, общечеловеческих ценностей, признанных норм эстетики). Следует помнить, что народные традиции даже при оценке противоправных действий могут существенно разниться. Так, к примеру, понятие кровной мести, расцениваемое в рамках этнокультурной специфичности как праведное поведение, ради чего представители народностей Кавказа готовы долгие годы строить свою жизнь и деятельность, объективно может расцениваться как криминальное (противоправное) деяние.

По мнению А. К. Байбурина (1985), можно отметить два основных типа этнической специфики в стереотипах поведения: 1) когда одним и тем же действиям придается различное содержание в разных этнических культурах и 2) когда одно и то же содержание находит различное выражение в поступках. В этнографии и этнопсихологии их стереотипов происхождение рассматривается лишь с социально-психологической позиции. Для психологии девиантного поведения немаловажно предположение, что любой стереотип поведения (в том числе этнокультурный) может иметь собственную нейрофизиологическую базу (к примеру, при патохарактерологическом и психопатологическом типах отклоняющегося поведения), что косвенно подтверждается регистрацией фенотипических сходств в рамках определенных национальностей, этносов и культур.

Основной вопрос этнокультурных исследований в психологии девиантного поведения и аддиктологии — это вопрос о том, какое влияние оказывают этнические, национальные, культурные особенности человека на механизмы возникновения и формирования, клинические проявления и закономерности течения девиантных форм поведения, а также на особенности их коррекции, терапии и профилактики.

Можно выделить четыре аспекта современной этнокультурной психологии девиантного поведения (рис. 28).

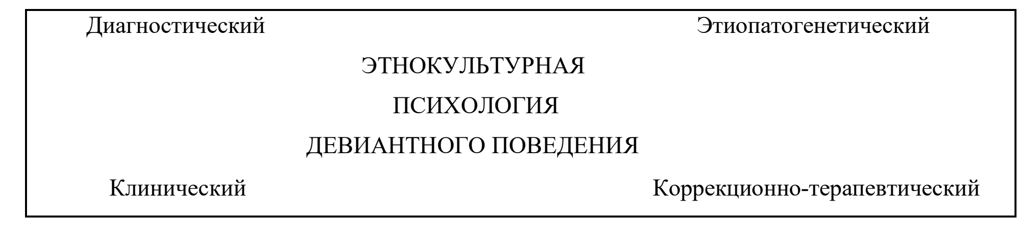


Рис. 28. Аспекты этнокультурной психологии девиантного поведения

Диагностический аспект связан с выработкой и описанием строгих диагностических критериев, отграничением психопатологической симптоматики от этнокультурных стереотипов поведения, традиционных верований, мировоззрения, паттернов мышле-

ния и речевой практики. Особое значение диагностический аспект приобретает в условиях межэтнических и межкультурных взаимодействий, когда диагност и пациент оказываются представителями различных культур, субкультур, вероисповеданий, рас, национальностей или сексуальных сообществ. По мнению некоторых авторов (Миневич, Морозов, 1987), многие клинические психологи и психиатры, получающие образование в Европе, сталкиваются с проблемой адекватной диагностики и квалификации расстройств, встречающихся в их собственных культурах. Вследствие чего неоправданным представляется расширение спектра психических расстройств у представителей традиционных культур, т. е. диагностика заболеваний и девиаций на основе «научных» критериев представителей иной культуры.

В классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10), в частности, указывается, что культурно специфические расстройства, такие, например, как коро, амок, дата, в настоящее время не могут рассматриваться в качестве самостоятельных. Предполагается, что они являются культурно-специфическими вариантами известных синдромов тревоги, депрессии, соматоформных расстройств или нарушений адаптации. Незнание нормативов этнических стереотипов поведения способно привести к ошибочной контатации девиантного поведения в тех случаях, когда его нет.

Этиопатогенетический аспект этнокультурных исследований в области психологии девиантного поведения направлен на оценку роли этнических и культурных особенностей человека в возникновении и развитии различных типов и клинических форм девиантного поведения. Ряд исследований последних лет и изменение ракурса анализа известных научных фактов приводит к мысли о том, что этнокультурные параметры могут выходить за рамки патопластических и способны создавать условия для возникновения и формирования отклоняющегося поведения. Типичным примером этого могут служить традиции некоторых народностей употреблять наркотические вещества или стереотипы поведения членов определенных африканских племен, предписывающие девушке совершать первый сексуальный контакт с собственным отцом в присутствии родственников.

Исследователи отклоняющегося поведения на базе невротических симптомов в современной клинической психологии справедливо обращаются к таким сложным и многогранным психологическим образованиям, как личность и индивидуальность. Анализу подвергаются различные стороны: характерологические особенности, темперамент, способности, самосознание и самооценка, система ценностей и т. д. При этом нередко упускается из виду, что индивид, личность — это составная и существенная часть этноса. И именно этнические и культурные стереотипы поведения, выраженные в традициях, верованиях, обычаях, обрядах, стиле мышления и ценностной организации жизни, формируют базовые психологические особенности человека. В связи с этим высоковероятным представляется роль этнокультурных особенностей в формировании девиантного поведения на базе невротических расстройств.

В последние годы психологами прицельно изучается такой психологический феномен, как антиципация. Под антиципацией понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поведение, строить вероятностный прогноз, основываясь на прошлом опыте (Б. Ф. Ломов, И. М Фейгенберг). Следует признать, что антиципационные способности — это продукт социализации и, следовательно, на их формирование существенное влияние оказывают этнические стереотипы поведения, имеющие отражение в понятиях здравого смысла и каузальной атрибуции (Менделевич, Авдеев, Киселев, 1992). На основании многолетних клинико-психопатологических и патопсихологических исследований нами

была выдвинута и обоснована антиципационная концепция неврозогенеза, суть которой заключается в том, что этиопатогенез невротических расстройств рассматривается как производное от преморбидного несовершенства механизмов функционирования антиципации и вероятностного прогнозирования. Как показал анализ результатов исследований и экспериментов, проведенных с больными неврозами и лицами с девиантным поведением на базе невротических развитии личности, существенными, патогенетически значимыми для формирования невротических расстройств заболевания являются преморбидные антиципационные способности человека. Именно они способствуют субъективному оцениванию жизненных событий в качестве психотравмирующих в силу несовпадения производившегося человеком прогноза вероятности ситуации с реально возникшей. Клинические наблюдения позволили описать психологический тип «потенциального невротика».

Учитывая то обстоятельство, что антиципацию можно рассматривать в качестве этнокультурного феномена, научный интерес представляет анализ влияния этнических и культурных стереотипов поведения, в частности в российских условиях, на процесс формирования отклоняющегося невротического поведения. Формированию антиципационных способностей лиц, заболевших неврозами, способствуют широко распространенные традиции, верования, предубеждения, оказывающиеся устойчивыми этнокультурными особенностями и транслирующиеся в процессе воспитания. Они, как правило, закреплены в пословицах, поговорках и диктуют члену этноса строго очерченный стиль поведения, формируя «стереотипизацию опыта» (Кон, 1989). В жизни российского этноса существенными для процессов неврозогенеза оказываются традиции, по которым запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует т. н. антиципационную несостоятельность — характерную черту личности «потенциального невротика». Этнос накладывает табу на разновариантное прогнозирование, диктуя человеку необходимость экспектации лишь эмоционально положительных событий. Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозированности возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по характеру и способствует формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения.

До настоящего времени продолжает дискутироваться вопрос о роли этнокультурных особенностей в этиопатогенезе психопатологического типа девиантного поведения, в частности при шизофрении. Несмотря на то что шизофрения причисляется к наследственно-конституциональным психическим заболеваниям, открытым остается вопрос о патогенетической значимости такого психологического и культурного фактора, как воспитание. Понятия «шизофреногенная мать» и воспитание, включающее «парадоксальную коммуникацию», а также склонность к мифологическому стилю мышления привлекает исследователей.

Клинический аспект этнокультурального подхода в психологии девиантного и аддиктивного поведения может быть разделен натри самостоятельных параграфа (рис. 29).

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ		
Специфические девиантные формы поведения и психопатологические расстройства	Структурно-динамические особенности известных девиантных форм поведения, психопатологических расстройств	Особые нозологические формы

Рис. 29. Влияние этнокультурных факторов на клинические проявления отклоняющегося поведения

В рамках первого следует обратить внимание на специфические поведенческие девиации и расстройства, встречающиеся исключительно в определенных этнических и культурных группах. Они достаточно хорошо известны и приведены в отечественной и зарубежной литературе. К ним относят, например, амок, коро, лату, меряченье, икоту.

Амок, встречающийся в странах Азии и Океании, по клиническим проявлениям сходен с сумеречным расстройством сознания. В него включаются, как правило, четыре признака: продромальная тоска, гомицидные тенденции на базе психомоторного возбуждения, внезапное, без видимых причин, начало психоза и амнезия после восстановления расстроенного сознания. Считается, что амок встречается при реактивных психозах в рамках патологического аффекга, а также у больных эпилепсией. Провоцирующим моментом для развития этого расстройства служит прилюдное оскорбление человека, у которого отмечают такие специфические особенности характера, как обидчивость, ранимость по отношению к его оценке окружающими.

Симптомокомплекс коро представляет собой депрессивно-ипохондрический синдром психотического уровня, сопровождающийся выраженными сенестопатическими ощущениями. При этом отмечается убежденность человека в том, что у него резко изменяются в размерах половые органы (половой член у мужчин и большие половые губы у женщин): «сморщиваются, втягиваются в брюшную полость». На фоне выраженной тревоги и страха больные предпринимают отчаянные попытки удержать на прежнем месте половые органы. Они пришивают или подвязывают их, пытаются удержать руками. В литературе описаны эпидемии коро (в Сингапуре в 1967 пив Бенгалии в 1982 г.), когда одновременно неадекватный поведенческих стереотип (коро) возникал у большого числа людей.

Из описанных на основе изучения российских этнокультурных групп населения можно отметить поведенческую девиацию, названную *меряченьем.* Оно проявлялось в массовом возникновении таких психопатологических симптомов, как эхолалия, эхопраксия, эхомимия, а также включало автоматизированное выполнение приказаний окружающих при формально ясном сознании (Блейхер, Крук, 1988). На севере России (Архангельская и Мурманская области, Коми-Пермяцкий округ) среди местного населения стойко бытует мнение о постоянном присутствии в природе «злого существа — икоты (икотки)», что в условиях фрустрации способно приводить к появлению девиантного поведения, названного *икоткой* (Урюпина, 1993). Оно выражается в приступах насильственного говорения (нередко искаженным голосом) с убежденностью, что «говорящая икотка» поселилась в организме человека, овладела его голосом и мыслями.

Традиционным для русской культуры можно считать девиантное поведение, обозначаемое как *юродивое поведение (юродство).* По мнению П. И. Сидорова с соавт. (1987), признаками такого поведения являются: отказ от мирского благополучия (добровольный отказ от своего имущества, аскетический и смиренный образ жизни), сочетающийся с сознательным асоциальными поступками (буйствованием, странничеством, пародированием церковной службы и т. д.), попытки пророчества, стремление обличать царящую в мире неправду, исходя из норм христианской морали.

Второй параграф клинического аспекта этнокультурных влияний включает анализ структурно-динамических особенностей проявления и распространения известных девиантных форм поведения и психопатологических расстройств. Многие ученые (E. Kraepelin, T. Lambo, D. Amoako, J. Cooper, N. Sartorius) обратили внимание на то, что реактивные психозы чаще встречаются в Африке, чем в Европе; кататония преобладает в Индии и Африке; бред самообвинения обнаруживается преимущественно у европейцев; в традиционных культурах слуховые псевдогаллюцинации с позитивным содержа-

нием встречаются чаще, чем в других, так же, как истинные галлюцинации — чаще, чем псевдогаллюцинации. По некоторым данным, отмечаются различия даже по странам Европы: в Англии чаще отмечается бред величия, во Франции — галлюцинаторно-параноидные психозы, в Германии — тревожно-депрессивные состояния, в Швеции какой-либо определенной специфики не наблюдается. Однако, по мнению В. П. Самохвалова (1994), в различных этносах при разном содержании психопатологических переживаний все же имеется базисное сходство психозов, что позволило автору выдвинуть гипотезу об историогенетических корнях эволюции психозов.

Различные клинические формы девиантного поведения так же, как и психопатологические расстройства, имеют специфические структурно-динамические особенности. Отклоняющееся агрессивное поведение редко напрямую бывает обусловленно этнокультуральными факторами, однако можно утверждать, что субкультурные параметры (например, криминальная среда, группы подростков) способны формировать готовность разрешать возникающие проблемы с помощью активности, направленной на соперника. Одной из важных этнокультуральных составляющих агрессивного поведения считается *предвзятая атрибуция враждебности* (Бэрон, Ричардсон, 1987), под которой понимается готовность индивида принимать и оценивать непонятные действия окружающих как дурные намерения.

Аутоагрессивное поведение так же, как и агрессивное, может иметь этнокультурные корни и особенности. Известен факт широкой распространенности суицидального поведения среди представителей угро-финской этнической группы. На риск такого поведения влияет и фактор вероисповедания. В католических странах (Италия, Испания, Португалия) отмечается низкий процент самоубийств, так же как и в исламских странах. Ученые всего мира на протяжении многих лет пытаются проанализировать лидирующее положение Венгрии по показателю суицидального поведения. Одной из наиболее интересных представляется версия, связанная с понятием «венгерского характера», включающего такие качества, как смелость, чувство собственного достоинства, самонадеянность, избегание демонстрации собственной слабости, открытость и отсутствие выдержки (H. Otto).

В литературе приведены такие этнокультурные варианты суицидального поведения, как *сати и харакири.* Они относятся к т. н. ритуальному суицидальному поведению, отличающемуся от индивидуального стремлением достичь внешней гармонии с окружающим миром (а не внутренней, как при индивидуальном самоубийстве), отсутствием свободы в принятии решения об уходе из жизни и в выборе способа, средств, места и времени самоубийства, а также минимальным самовыражением личности в суицидальном акте (Трегубов, Вагин, 1989). Сати — это ритуальное самосожжение индийских вдов после смерти мужа, а харакири — традиционный способ ухода из жизни японских самураев (наряду с суицидом в форме откусывания собственного языка), соответствующий их кодексу чести.

Девиантное поведение в виде **зависимости от психоактивных веществ** имеет специфичные этнокультуральные особенности. В случаях, когда таким веществом становится алкоголь, учеными указывается на «традиции пития», паттерны алкогольного поведения, мотивы употребления спиртных напитков. При этом традиции употребления алкогольных напитков рассматриваются в связи со структурой личности, национального характера, способами совладания со стрессовыми ситуациями. Значимым диагностическим культурно обусловленным параметром считается понятие «злоупотребления» и его дифференциация с употреблением. В традициях стран и народов со «спиртовой культурой», в отличие от «винных и пивных культур», грань между патологией (или

девиацией) и нормой алкогольного поведения крайне незначительна. Так, к примеру, в России считается нормой способность хорошо переносить большие дозы алкоголя («Чем больше, тем здоровее, нормальнее человек»). Нередко в таких культурах девиацией называют трезвеннические установки и поведение, обосновывая это нетактичностью, нелюдимостью, недружелюбностью отказывающегося от употребления спиртных напитков. Интересной представляется широко распространенная традиция культурного оправдания или осуждения алкогольного поведения, сочувственного или негативного отношения к выпившему (пьяному) человеку.

Для оценки влияния этнических факторов на формирование определенных психопатологических синдромов и даже на частоту возникновения некоторых психических заболеваний интересно проанализировать меньшую распространенность алкоголизма среди итальянцев и евреев (Bales, 1993), чем среди других европейских этнокультуральных групп. Э. Е. Бехтель (1984) считает, что данный зарегистрированный факт объясняется культурными традициями реагирования на стрессовые обстоятельства. В перечисленных этнокультурных группах на фрустрирующую ситуацию принято реагировать не увеличением приема алкоголя, а увеличением приема пищи.

Структура *употребления наркотических веществ* менее, чем алкоголя, подвержена этнокультурному влиянию. Однако известно, что в некоторых государствах употребление «легких наркотиков» (марихуаны) не расценивается как серьезная девиация, там даже узаконено их медицинское использование.

Пищевые зависимости в виде нервной анорексии характерны для лиц с высоким культурным уровнем (W. Baeyer, H. Bruch, M. Pelanz, A. Wolf). Существенное значение для формирования девиаций пищевого поведения имеет значимость процесса питания. Для многих культур и стран с западным психологическим типом взаимоотношений еда не является ценностью (особенно ее количество). В других же регионах мира (на Востоке) гостеприимство подразумевает обильное потребление пищи и угощение ею. Кроме того, разнятся стандарты красоты и внешней привлекательности, влияющие на способ приема пищи и пищевые стереотипы. Восточный тип красоты подразумевает полноту, западный — худобу. Определенные личностные культурно обусловленные особенности проявляются и в таком нарушении пищевого поведения, как гиперфагическая реакция на стресс. Нарушение такого типа возникает вследствие невозможности найти правильный (непищевой) выход из конфликтной ситуации или использовать совершенные способы психологической защиты.

Считается, что **сексуальные аддикции** имеют существенную этнокультурную обусловленность. Их диагностика и оценка нередко всецело зависит от культурных традиций и верований. По мнению И. С. Кона (1989), сексуальное поведение —■ это социокультурное, а не биологическое явление, и следовательно, оценка девиаций должна строиться лишь с учетом сексуальной культуры индивида. Ярким доказательством социокультурной обусловленности сексуального поведения служит приобретение эрекцией знакового характера (признак агрессии или вызова).

Отдельные формы сексуальных отклонений поведения регистрируются чаще остальных. Так, гиперсексуальность более типична для представителей южных народов по сравнению с северными; выбору гомосексуального поведения нередко способствует стиль жизни, причастность к определенному субкультур ному кругу людей («богеме»). Известно, что оценка сексуальных девиаций может зависеть от конфессиональных регламентации.

Из сверхценных психологических и психопатологических увлечений лишь некоторые имеют этнокультурную специфику. Так, считается, что *трудоголизм* присущ в большей

степени выходцам из западной психологической культуры (немцам, американцам), а увлечение азартными играми *(гемблинг)* характерно для лиц с восточной психологией.

Возникновение *коммуникативных аддикций,* так же как и некоторых иных форм отклоняющегося поведения, зависит от этнокультурного понимания нормы коммуникации, в частности общительности. Известно, что представители южноамериканских и африканских государств более экспрессивны и коммуникабельны, чем северяне. Вследствие этого диагностика *аутистического поведения и гиперобщительности* должна в различных регионах мира разниться. *Отклоняющееся поведение на базе ревности* нередко связано с этнокультурными взглядами на нормативность поведения (проявление верности) мужчин и женщин. Большее значение в данном случае имеет структура общественных отношений на уровне семьи. В культурах, построенных на авторитаризме, более жесткие требования к верности, и ревность носит более выраженный антисоциальный характер. При демократической структуре отношений критерии девиантности поведения на базе ревности кардинально иные.

Специфика общественных отношений влияет на становление и такой коммуникативной девиации, как *конформизм.*

Механизм феномено-, симптомо- и синдромообразования поведенческих аномалий, девиаций и расстройств представляет несомненный теоретический и практический интерес. В настоящее время можно усмотреть три подхода в оценке этого механизма: *биологический, психологический и этнокультурный.* Базируясь на биологическом подходе, клиническое разнообразие девиантных форм поведения можно рассматривать с позиции деятельности мозга, поражения определенных структур и областей которого, по мнению апологетов биологического подхода, ответственны за образование конкретных особенностей поведения. С позиции психологического подхода за этот процесс отвечают характерологические и личностные особенности. Этнокультурный подход основывается на том, что определенные культуры и этносы формируют строго заданные ценностные ориентации. Их преломления в личности человека (девианта) и способствуют появлению определенных клинических форм девиаций.

Одной из наиболее значительных и убедительных транскультурных концепций в области психологии считается дифференциально-аналитическая концепция (Peseschkian, 1999). В ней, в частности, разработана схема приоритетных отношений человека и отмечены кардинальные психологические особенности двух культур: западной и восточной.

Можно предполагать, что отраженные выше результаты научных исследований, показывающие, что в разных регионах мира, у представителей различных культурных групп доминируют специфические формы девиантного поведения и психопатологические симптомокомплексы, основаны на культурных психологических традициях. Отметим, что для стран с выраженным «восточным типом культуры и ценностей» (государства Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки, Латинской Америки) характерны психические проявления, затрагивающие области «контактов» и «фантазии/будущего». Вследствие этого в клинической картине психических заболеваний преобладают религиозные, мистические темы, бред носит чувственный или образный характер, часты обманы восприятия, девиантные формы поведения выражаются этнокультурными реакциями на стресс (например, алкоголизация). У представителей же регионов мира с типичной «западной культурой» доминирующими становятся систематизированные формы бреда, ипохондрические мотивы в виде «паранойи здоровья», идеи ущерба, дисморфоманические признаки, нарушения пищевого поведения, аутизация и одиночество, появление чего может быть объяснено затронутостью приоритетных сфер «тело» и «деятельность».

Третий параграф клинического аспекта этнокультурного подхода в психологии девиантного поведения нацелен на оценку роли этнокультурных факторов в формировании особых нозологических форм психических заболеваний. В рамках клинического аспекта особенно выделяется раздел, изучающий этнокультурное влияние на формирование исходов (дефекта, изменений личности и пр.) психических расстройств и поведенческих девиаций. Традиционно анализу подвергаются отдаленные последствия шизофрении и алкоголизма. Считается, что деградация личности при алкоголизме не напрямую связана с токсическим воздействием алкоголя на головной мозг. Некоторые авторы отмечают, что определенные культурные особенности человека способны препятствовать или способствовать скорости нарастания изменений личности при алкоголизме. Этнокультурные влияния на формирование алкогольных изменений личности сходны с подобными воздействиями на выбор формы поведения в момент алкогольного опьянения. В этнических группах, нацеливающих своих членов на рефлексивный тип поведения, алкогольное опьянение не носит дезорганизующего и антисоциального характера.

Коррекционно-терапевтический аспект этнокультуральной психологии девиантного поведения включает в себя оценку влияния различных традиционных и приоритетных способов психологического воздействия (психокоррекции и психотерапии) на эффективность купирования поведенческих девиаций.

Традиционным для психотерапии последних десятилетий считается выбор конкретных психотерапевтических способов и методов на основе клинических форм поведенческих девиаций и клинико-психологических особенностей пациента (клиента). Во главу угла при оценке показаний для психотерапии обычно ставится либо психологический феномен, либо психопатологический симптом, либо нозология, либо индивидуальные параметры больного (психофизиологические: тип темперамента, психологические: направленность характерологических черт, социально-психологические: личностные свойства) либо специфические для отдельных психотехник характеристики, например, внушаемость и гипнабельность. Подобные показания, несомненно, важны для подбора наиболее эффективных способов психотерапевтического воздействия. Однако современные исследования в области теории и практики психотерапии показали существенную значимость транскультурного аспекта (Peseschkian, 1999).

Теоретической базой транскультурного подхода в психотерапии служат представления о том, что практически любая психотерапевтическая методика в первую очередь обращена к личности пациента (клиента), а личность формируется в определенной этнокультурной среде, усваивая соответствующее мировоззрение, традиции, паттерны осмысления действительности и поведения, нормы психологического реагирования. Следовательно, апеллирование в процессе психотерапии к личности девианта (даже если это затрагивает под- или бессознательные уровни) опосредованно воздействует на его «историко-культурную базу» (Лакан, 1966). По мнению А. Айви, М. Айви, Л. Саймек-Дайнинг (1992), в понятие историко-культурной базы входит ряд демографических показателей (помимо пола и возраста), значимость которых определяется психологически обусловленными ценностными предпочтениями: расовой (национальной, этнической) специфичностью, вероисповедованием и сексуальной ориентацией. Особый интерес в плане транскультурного подхода к психотерапевтической теории и практике представляют аспекты, учитывающие роль этнокультурного (национального, расового) и религиозного факторов. Ведь они в большей степени, чем другие, связаны с базисными личностными установками, формирующими потенциальные внутриличностные конфликты и требующими психологической коррекции.

Поданным Н. Пезешкиана (Peseschkian, 1999), именно социокультурным факторам, к которым автор причисляет этнопсихологические параметры и религиозные предпочтения, отводится принципиальное значение в формировании конфликтов, проблем, девиантных форм поведения, невротических и психосоматических симптомов. Проявлениями же вышеперечисленных параметров становятся актуальные (первичные и вторичные) способности человека. Под ними понимается следование таким психосоциальным нормам, как пунктуальность, аккуратность, чистоплотность (опрятность), послушание, вежливость, честность, верность, справедливость, бережливость, прилежание или успех в деятельности, надежность, точность, а также — образец для подражания, терпение, время, общительность, сексуальность, доверие, уверенность в способностях партнера, вера, сомнение, уверенность и единство, понимаемое как цельность. Невротический конфликт, требующий психотерапевтического исправления, видится автору в столкновении во взаимоотношениях между людьми (в семье — между родителями и детьми, супругами, на работе — между сотрудниками или начальником и подчиненными, в быту — с соседями) актуальных способностей, а также в несовпадении ожиданий человека по поводу поведения участников коммуникации с реальностью. Причем конфликт рассматривается как противостояние и противодействие двух или более недопонимающих друг друга культур, традиций, верований, мировоззрений, стилей жизни.

Проследить влияние культурных факторов на эффективность коррекции и терапии девиантных форм поведения можно на примере коррекции отклоняющегося поведения в виде алкогольной зависимости. В основе традиционной опосредованной психотерапии алкогольного девиатного поведения и алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у девианта опасения (и страха) неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков. Считается, что подобный способ может оказаться эффективным лишь в случаях совпадения психологических особенностей психотерапевтического воздействия и личностных свойств пациента, опосредованных этнокультурными факторами. В процессе рациональной психотерапии алкоголизма психотерапевт поровну между собой и больным распределяет ответственность за эффективность лечения.

Таким образом, принципиальная разница между двумя психотерапевтическими подходами заключается в том, что при аверсивной психотерапии физиологическая алкогольная зависимость заменяется психологической зависимостью от психотерапевта и страхом нарушения табу, в то время как при использовании рациональной психотерапии подобных зависимостей не формируется, и пациенту предоставляется достаточно большая свобода действий. Безосновательно считается, что больному алкоголизмом (особенно при II и III стадиях заболевания) в силу изменений личности, т. е. сформировавшихся субкультурных свойств, не показано применение «гуманистически ориентированных» психотерапевтических способов помощи.

Анализ сравнения эффективности двух принципиально различных психотерапевтических методик показывает, что результат зависит не только и не столько от стадии заболевания, сколько от культуральных особенностей пациентов, в первую очередь от их ориентации на демократический или авторитарный стили общения. Девиантам с демократической направленностью личности с присущими ей такими психологическими качествами, как способность выслушивать чужую точку зрения, находить компромиссы при общении с людьми, не показаны культурно чуждые им методы «кодирования». Тогда как в работе с пациентами с авторитарной направленностью личностных качеств в виде традиций требования от окружающих подчинения, непререкаемости, жесткости в

общении, а значит, уважения силы, малоэффективны психотерапевтические методики, апеллирующие к морально-нравственным ценностям.

Можно утверждать, что социокультурные факторы немаловажны в выборе тех или иных методов и способов психотерапии. Весьма вероятно, что эффективность некоторых мистических и нетрадиционных методов психотерапии (голотропное дыхание по С. Грофу, нейролингвистическое программирование, терапия «первичным криком» и пр.) базируется на культурных особенностях людей, опосредованных социокультурными процессами.

ГЛАВА 28

СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

28.1. Судебно-психиатрическая наркология

28.1.1. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в уголовном процессе

При судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц с психическими расстройствами Уголовный кодекс РФ предусматривает два основных решения, вытекающих из категории вменяемости и невменяемости. Формула невменяемости определена в ст. 21 УК РФ и характеризуется двумя критериями: медицинским (биологическим) и психологическим (юридическим). Биологический критерий формулы невменяемости нейтрален с юридической точки зрения. Он охватывает все варианты психической патологии, в том числе и наблюдающиеся при состояниях, не исключающих вменяемости. В то же время наличие этого критерия в формуле невменяемости обязательно, поскольку с правовой точки зрения невменяемость есть невозможность лица во время совершения противоправного деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и (или) руководить ими именно вследствие психического расстройства.

Основная смысловая нагрузка формулы невменяемости заключена в психологическом критерии, отсутствие которого даже при констатации биологического критерия исключает возможность решения вопроса в сторону невменяемости.

Психологический критерий формулы невменяемости в общих психологических понятиях — невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и (или) руководить ими — выражает ту степень болезненных нарушений психики, когда исключается возможность вменения в вину совершенного противоправного деяния. При вынесении экспертного заключения в сторону вменяемости подразумевается способность лица к правильному пониманию значения своих действий и возможность свободного выбора своих поступков, а также — наличие способности к пониманию противоправности своих поступков и наказуемости за содеянное, способности сопоставлять совершаемые деяния с правовыми и морально-этическими нормами.

Все эти психические функции реализуются посредством критических способностей, способности прогнозирования, связанных с ними уровня интеллекта и памяти, запаса знаний, функции мышления.

Принципиален и тот факт, что психологический критерий касается психического состояния лица в целом и ни в коей мере — отдельных его психических функций. Заключая в себе обобщенную характеристику психической деятельности, этот критерий не может определяться каким-то отдельным клиническим признаком.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), также основывается на общих клинических принципах и экспертных подходах и включает в себя сопоставление особенностей психического состояния подэкспертных с медицинским и юридическим критерием невменяемости. Экспертное заключение в этих случаях определяется степенью выраженности клинических составляющих наркологического заболевания и особенностями его течения. При этом имеющиеся психопатологические расстройства должны быть соотнесены с категориями «хронического психического расстройства», «временного психического расстройства» и «слабоумия», являющимися вариантами медицинского критерия невменяемости.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших правонарушения в состоянии острой интоксикации (опьянения) психоактивными веществами. При судебно-психиатрической оценке состояний острой интоксикации ПАВ основным является вопрос, можно ли эти состояния считать болезненными и лишают ли они лицо возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и (или) руководить ими при совершении противоправного деяния. Дело в том, что с общебиологической точки зрения состояние интоксикации ПАВ — это состояние нарушенного биопсихического равновесия (нормального жизненного гомеостаза), а стало быть, болезненное, т. е. имеются основания признать наличие медицинского критерия невменяемости.

При этих болезненных состояниях у индивида далеко не всегда сохраняется возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Еще на заре развития правовых отношений в римском и древнегерманском праве состояние опьянения считалось отягчающим вину обстоятельством. В Средние века каноническое право также ставило состояние опьянения в вину совершившему правонарушение. Король Франции Франциск I, организуя борьбу с чрезмерным употреблением алкоголя, в 1536 г. издал ордонанс, по которому лицо в состоянии опьянения подвергалось различным видам наказания от палочной экзекуции до отрезания ушей при повторном появлении в общественном месте в состоянии опьянения. В Англии за аналогичный проступок полагалось наказание от денежного штрафа до помещения в тюрьму. Кроме этого, состояние опьянения не служило смягчающим вину обстоятельством и не освобождало от уголовного наказания.

Буржуазное право не было столь ортодоксально в отношении алкогольного опьянения, как средневековое. Оно проявляло определенную двойственность в вопросе о наказании за деяние, совершенное в состоянии алкогольного опьянения, за счет введения понятия непреднамеренности и случайности опьянения. Таким образом, в зависимости от обстоятельств возникновения состояния опьянения или особенностей личности правонарушителя, вопросы уголовного наказания могли решаться по-разному. Наиболее ярким примером этого служит итальянское фашистское законодательство Муссолини.

Российское законодательство, в отличие от буржуазного европейского, в отношении пьяниц было достаточно суровым. Начиная с законов Петра I, вопрос о наказуемости правонарушителя, находившегося в состоянии опьянения, всегда ставился четко и однозначно. Статья 43 Петровского «Воинского устава» гласила: «Когда кто пьян напьется и в пьянстве своем злого решит, тогда тот не токмо чтобы в том извинение получил, но по кипе нишею жестокостью наказуем имеет быть». В статье 113 «Свода законов» 1834 г. сказано, что «всякий, совершивший деяние в состоянии опьянения, признается виновным». Царское правительство в 1912 г. издало закон, запрещающий злоупотребление алкогольными напитками и предусматривающий уголовную наказуемость пьяниц.

Ма первом съезде русских психиатров С. С. Корсаков сказал, что необходимо взыскивать за пьянство, ибо по отношению к опьяневшему попустительство приносит больший вред, чем строгость, основанная не на жестокости, а на разумном стремлении предотвратить зло, вызываемое алкоголизмом.

Советское законодательство также однозначно относилось к оценке лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения алкоголем и наркотиками. Согласно ст. 12 УК РСФСР, состояние алкогольного и наркотического опьянения не может служить основанием для освобождения от уголовной ответственности. Напротив, наличие одурманивания алкоголем и наркотиками во время совершения правонарушения относилось к отягчающим вину обстоятельствам (ст. 39 УК РСФСР).

В существующей практике констатация алкогольного и наркотического опьянения в период совершения противоправного деяния (при имеющихся прочих критериях инкульпации), независимо от степени выраженности его симптомов, исключает невменяемость, если только не отмечается признаков, позволяющих расценить состояние как качественно другое, именно достигающее психотического уровня.

Непсихотические формы наркотического опьянения по аналогии с простой формой алкогольного опьянения, независимо от их тяжести и степени утраты лицом способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, никогда не рассматривались в аспекте критериев невменяемости.

Однако углубленное и системное изучение вопросов соотношения психопатологических нарушений, личностных и ситуационных условий, появление в УК РФ ст. 22 дает основания рассматривать указанную проблему с иных позиций.

Состояния алкогольного и, тем более, наркотического опьянения часто имеют достаточно сложную клиническую картину и проявляются многообразными аффективными, невротическими, психосенсорными и вазо-вегетативными нарушениями. Даже при непсихотических формах опьянения наряду с этим могут наблюдаться разнообразные нарушения мышления и расстройства восприятия отсенестопатий до иллюзорных переживаний. Сохранение аллопсихической и интрапсихической ориентировки в этих случаях, отсутствие бессвязности мышления свидетельствуют о сохранности сознания, а значит, о неправомерности решения вопроса в сторону экскульпации этих лиц. В то же время нарушения мышления от изменения его темпа до утраты последовательности суждений, иллюзорные расстройства свидетельствуют о том, что такие лица не обладают полной способностью оценивать правосохранность своего поведения и руководствоваться этой оценкой.

Не подлежит сомнению, что связанные с состоянием интоксикации ПАВ психические расстройства, не достигающие психотического уровня, не могут не оказывать влияние на поведение индивида. Это ставит подобные расстройства в промежуточное положение между состояниями, подпадающими под критерии экс- и инкульпации, а значит, предполагает возможность применения к ним ст. 22 УК РФ. Согласно этой статье, вменяемое лицо, которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, подлежит уголовной ответственности, но психические расстройства, не исключающие вменяемости, учитываются судом (т. н. ограниченная вменяемость).

Термин «ограниченная вменяемость» выносится за рамки УК РФ и не упоминается ни в названии ст. 22 УК РФ, ни в ее тексте, однако сама формулировка статьи об уголовной ответственности лице психическим расстройством, не исключающим вменяемости, фактически легализует это понятие и позволяет использовать его в практике судебно-психиатрической экспертизы.

22 Зак 3806

Несмотря на давнюю историю вопроса об ограниченной вменяемости, он практически не освещался в отечественной литературе, а если и обсуждался, то обычно в негативном плане (Кандинский, 1890; Сербский, 1896;Лунц, 1966). В то же время еще Н. И. Фелинская (1969) отмечала, что с ростом психиатрических знаний и более точной квалификацией особенностей и глубины расстройств психической деятельности необходима дальнейшая разработка вопросов, касающихся вменяемости, и в первую очередь для группы лиц с пограничными нарушениями психической деятельности. Здесь имелось в виду, что вследствие тех или иных отклонений психической деятельности лицо, совершающее противоправное деяние, не обладает полной способностью оценивать противоправность своего поведения и руководствоваться этой оценкой.

К настоящему времени накоплен пока еще весьма небольшой опыт применения ст. 22 УК РФ. Ее введение нарушает дихотомическую четкость клинических и экспертных оценок психического состояния большинства испытуемых, в том числе и лиц с синдромом зависимости от ПАВ. Это создает значительные трудности для врачей судебно-психиатрической службы.

Еще В. Х. Кандинский (1890) отмечал, что гносеологически проблема ограниченной вменяемости связана с изучением роли субъективного фактора (активности сознания и личности) как ведущего в криминогенной причинно-следственной цепочке, что, в свою очередь, может отражать характер и степень имеющихся у субъекта расстройств. Еще до появления формулы невменяемости (1883) в законодательстве к обстоятельствам, уменьшающим вину, относили легкомыслие и крайнее невежество. В. Х. Кандинский (1890) указывал, что ограниченно вменяемыми в ряде случаев могут признаваться лица, не обладающие сильной волей. Такое же мнение высказывают современные немецкие психиатры (Taschner, Manke, 1971). Естественно, подобные формулировки не могли и, тем более, не могут удовлетворить ни юристов, ни психиатров. Однако они заслуживают определенного внимания.

Вопрос о возможности и правомерности применения ст. 22 УК РФ к лицам, находившимся при совершении противоправного деяния в состоянии острой интоксикации ПАВ, неизменно связан с изучением психопатологических состояний, возникающих в очевидной и в причинно-следственной связи с активным поведением лица. Так, состояние опьянения, как правило, возникает вследствие произвольного приема ПАВ, причем произвольным является не только сам факт приема, но и доза, в значительной мере определяющая поведение лица. Еще Гиппократ рассматривал пьяниц как людей, добровольно вызывающих у себя безумие. В. П. Осипов (1926) по этому поводу писал, что «с медицинской стороны, алкоголь — яд, и всякий выпивший должен считаться отравленным, т. е. больным человеком, с другой стороны — пьяница сам привел себя в состояние опьянения. Вот почему законодательство, борясь с преступностью и стремясь с помощью наказания предупредить преступления, не может признавать опьянение обстоятельством, исключающим ответственность». Поэтому юристы всегда решали этот вопрос в сторону наказуемости пьяницы на том основании, что лицо, злоупотребляющее ПАВ, не является душевнобольным человеком и должно знать о возможных последствиях употребления спиртного или любого другого этого ПАВ.

Как известно, противоправные действия могут иметь место в двух формах — в виде умысла и в виде неосторожности. Преступление признается умышленным, если лицо, его совершившее, осознавало общественный характер своих действий (или наоборот, бездействия). Преступление квалифицируется как совершенное по неосторожности, если совершившее его лицо предвидело возможные социально негативные последствия своих действий, не имело умысла на их достижение, но не смогло или не пыталось их предот-

вратить. И в том и в другом случае, когда у индивида нарушена способность понимания общественной опасности своего действия или бездействия и его последствий, возможна постановка вопроса об экскульпации этих лиц. То есть важно, чтобы конкретное лицо не только осознавало формальную сторону своих действий, но и их общественный характер, необходимо, чтобы сохранялось понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление (Трахтеров, 1939).

При судебно-психиатрической экспертизе лиц, совершивших противоправные деяния как в виде умысла, так и по неосторожности, важно установить не только, осознавало ли данное лицо формальную сторону своих действий (их «фактический характер»), но и их общественную опасность, сохранялось ли у лица понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление. Применительно клипам в состоянии алкогольного или наркотического опьянения это означает, что лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия такого поступка. Именно поэтому лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, подлежит уголовной ответственности (ст. 23 УК РФ) и в отношении инкриминируемого ему деяния является вменяемым.

Поддерживая данную точку зрения, Н. В. Канторович (1965) писал, что, «если бы закон стал на чисто медицинские позиции и оставил бы ненаказуемыми преступления, совершенные в состоянии опьянения, это было бы явно нецелесообразно и привело бы к увеличению преступности». Каждому известны возможные, в том числе и криминальные последствия действия алкоголя и наркотических веществ, поэтому каждый может эти последствия предвидеть и не доводить себя до степени опьянения, ограничивающей возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить своими поступками» (Тимофеев, 1961).

Действующее уголовное законодательство не останавливается на медицинских аспектах данного вопроса в плане соответствия или несоответствия медицинскому критерию невменяемости состояния опьянения ПАВ. Оно просто указывает, что лицо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения подлежит уголовной ответственности. Это означает, что констатация состояния опьянения у лица в период совершения им противоправного деяния не служит основанием для экскульпации этого лица. Это связано с тем, что лицо, еще будучи трезвым и намеренно приведя себя в состояние опьянения, могло и должно предвидеть возможность совершения им общественно опасных действий и поэтому в случае совершения преступления должно нести уголовную ответственность.

Формулировка ст. 23 УК РФ находится в противоречии с традиционно используемым в практике судебно-психиатрической экспертизы и легализованным МКБ-10 диагнозом «патологическое опьянение». Данная статья исключает из медицинского критерия невменяемости само состояние алкогольного и наркотического опьянения, не уточняя, что это не касается его психотических форм. Об этом сказано в комментариях к УК РФ, но комментарий к Закону законом не является. Следовательно, диагностическая формула в виде «психотической формы опьянения» или «патологического опьянения» может использоваться в общемедицинской практике, но противоречит экспертному заключению о невменяемости в судебно-психиатрической практике. В этих случаях более уместной и адекватной УК РФ оказывается диагностическая формула в виде психопатологической синдромальной квалификации психического состояния (например, сумеречное помрачение сознания, острый делирий, острый галлюциноз).

Статья 22 УК РФ не исключает уголовной ответственности лица. Однако она позволяет суду учитывать, что субъект преступления при его совершении не мог в силу имею-

щихся у него психических нарушений в полной мере отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. При этом Уголовный кодекс не указывает, каким образом суд может осуществлять этот «учет». В связи с тем, что состояние опьянения ПАВ не включено в перечень обстоятельств, отягчающих наказание (ст. 63 УК РФ), этот «учет» может быть только в сторону его смягчения.

Большинство стран, имеющих многолетний опыт применения категории ограниченной вменяемости, вносят четкие законодательные ограничения ее применения. Так, в УК Швейцарии, Финляндии, Австрии, Греции и Аргентины есть статья, уточняющая, что если психические расстройства, не исключающие вменяемость, возникли при активной роли субъекта преступления, то форма ограниченной вменяемости к нему применяться не может. Это объясняется тем, что ограниченная вменяемость рассматривается не как особая промежуточная категория между вменяемостью и невменяемостью, а как производная от вменяемости. Следовательно, ее считают обстоятельством, не освобождающим, как невменяемость, от уголовной ответственности, а только смягчающим ее (Антонян, Бородин, 1987). Именно поэтому принятие решения о возможности применения к субъекту преступления категории ограниченной вменяемости должно соотноситься с изучением роли субъективного фактора (активности сознания и личности) в криминальной причинно-следственной ситуации.

Применительно к лицам, совершившим преступление в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, это означает, что развивающиеся в состоянии опьянения психические расстройства непосредственно связаны с фактором произвольности действий субъекта преступления. Однако действующий УК РФ не содержит конкретных ограничений на применение ст. 22 УК РФ, что дает возможность ее использования в отношении данной категории субъектов преступлений. В таких случаях применение ст. 22 УК РФ в сторону смягчения наказания, как это подразумевается в отношении лиц со всеми другими пограничными психическими расстройствами, не отвечает принципам уголовного нрава и не способствует предупреждению преступлений.

В то же время УК РФ приводит конкретный перечень обстоятельств, при констатации которых возможно смягчение наказания (ст. 61 УК РФ). К ним относятся ситуации, когда преступление совершено «...вследствие случайного стечения обстоятельств» (п. «а» ч. 1 ст. 61), «...в результате физического или психического принуждения (п. «е» ч. 1 ст. 61), «...во исполнение приказа или распоряжения» (п. «ж» ч. 1 ст. 61).

В соответствии с этим при решении вопроса о возможности применения ст. 22 УК РФ в таких случаях должен проводиться тщательный анализ не только развивающихся в результате приема ПАВ психических расстройств, но и тех обстоятельств, при которых возникло состояние опьянения: 1) произвольность приема ПАВ, приведение в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана; 2) осведомленность лица о действии употребляемого им ПАВ; 3) наличие или отсутствие предшествующего субъективного опыта употребления данного ПАВ; 4) связь приема данного ПАВ с какими-либо иными психическими расстройствами (например, компульсивное патологическое влечение, депрессивное или гипоманиакальное состояние и т. д.).

Если лицо было приведено в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана, если оно не было осведомлено о психофизическом действии данного ПАВ, если оно не имело субъективного опыта его применения или употребление было обусловлено атарактическими или аддиктивными механизмами, то в этих случаях возможно применение ст. 22 УК РФ. Поскольку не подлежит сомнению, что состояние одурманивания часто лишает опьяневшее лицо способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им противоправных действий и руководить ими.

Если же использование ПАВ было связано с культуральными и ситуационными факторами либо с гедонистическими мотивами и субъект преступления был хорошо осведомлен, в том числе и по собственному опыту, о возможных последствиях этого употребления, то в данном случае применение к этому лицу ст. 22 УК РФ неправомерно. Суд вправе учитывать перечисленные выше обстоятельства, но уже как усугубляющие вину. Это представляется тем более актуальным, что на фоне роста «пьяной преступности» состояние опьянения исключено законодательством из перечня обстоятельств, усугубляющих вину субъекта преступления.

Решение экспертных вопросов с обязательным учетом причинно-следственных связей не распространяется на лиц, состояние которых в период совершения общественно опасных действий было расценено как психотическое (интоксикационный психоз, психотические формы опьянения). Это в первую очередь связано с тем, что возникающее в таких случаях «болезненное состояние» не является прямым результатом самого факта употребления ПАВ. В его генезе принимают участие гораздо более сложные по сравнению с простыми, неосложненными формами наркотического опьянения механизмы, в том числе и биологические. Это — качественно иное, болезненное состояние психической деятельности, требующее и иной категориальной судебно-психиатрической опенки.

Поэтому принципиально важно при судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, совершивших ООД в состоянии острой интоксикации ПАВ, отграничить непсихотические формы опьянения от психотических, поскольку экспертное решение в этих случаях различно. Под психотическим расстройством понимают проявления психической деятельности, вызывающие резкую дезорганизацию поведения индивидуума и находящиеся в грубом противоречии с реалиями окружающего мира. К расстройствам психотического уровня принято относить все виды помраченного сознания, обманы восприятия, бред, витальные нарушения аффекта.

Дифференциальная диагностика психотических и непсихотических форм опьянения ПАВ, как правило, вызывает значительные затруднения. Это связано с внешним сходством форм поведения подэкспертных, обусловленных, с одной стороны, психотическими, с другой — непсихотическими феноменами. В том и другом случае могут наблюдаться сходная моторика, вазовегетативные проявления, аффективные и амнестические нарушения. В рамках как психотических, так и непсихотических состояний могут отмечаться неадекватные, нередко на первый взгляд безмотивные агрессивные действия. При всех формах одурманивания могут быть изменения самосознания (переоценка своих возможностей, способностей и физической силы), иллюзорное искажение восприятия окружающего мира и другие признаки, иногда внешне напоминающие проявления психоза.

Наиболее надежным и достоверным дифференциально-диагностическим критерием психотической формы опьянения служат признаки помраченного (сумеречного, онейроидного и оглушенного, за исключением обнубиляции) или расстроенного (параноидного, галлюцинаторно-параноидного)сознания.

К основным, обязательным для дифференциальной диагностики признакам психотической формы опьянения любым ПАВ, относятся следующие: пространственно-временная дезориентировка, невозможность контакта и совместных действий с кем-либо; грубые деперсонализационные расстройства в виде чувства раздвоенности своего «Я» и страха сойти с ума; бредовые и галлюцинаторные переживания, витальный страх; расстройство внимания на уровне апрозексии (полного его выпадения); нарушение процессов мышления в сторону его ускорения, вплоть до скачки идей и бессвязности (инкогеренции), различных проявлений синдрома психического автоматизма (от непро-

извольности мыслей до их чуждости); эмоциональные нарушения, порой доходящие до степени экстаза, развернутой мании или дисфории с брутальным поведением.

К косвенным признакам состояния опьянения психотического уровня относятся: кататимность расстройств восприятия, внушаемость больных, их неспособность к активному вниманию, грубое, хотя и временное, интеллектуальное снижение, явления эмоциональной слабости с легкой и частой сменой полярных эмоциональных состояний, двигательная расторможенность, суетливость, нецеленаправленность и автоматизм действий, безмотивность и жестокий характер противоправных деяний. К косвенным признакам относятся также последующий сон и запамятование своих поступков. Все эти признаки могут наблюдаться как при психотических, так и непсихотических формах опьянения. Они не имеют самостоятельного значения, и каждый по отдельности не является показателем психотического или непсихотического опьянения.

В некоторых случаях, например при совершении ООД в состоянии опьянения галлюциногенами, значительные трудности вызывает диагностика психотического или непсихотического уровня опьянения. Если при опьянении психопатологическая симптоматика ограничивается иллюзорными обманами восприятия или яркими непроизвольными представлениями, сохраняется ориентировка в месте и времени, поведение лица грубо не дезорганизуется, а в контакте с окружающими не нарушается, то такое состояние нельзя считать психотическим. В случае развития зрительных галлюцинаций или грезоподобных онейроидных переживаний с дезориентировкой в окружающем, с неадекватным поведением такое состояние следует считать психотическим, с соответствующими экспертными выводами.

При возникновении в структуре опьянения психостимуляторами мании и депрессии с экспертной точки зрения закономерен вопрос: достигает ли выраженность этих состояний психотической степени или нет? Если при мании обнаруживаются грубые проявления маниакальной триады с усилением аффекта, ускорением мышления и чрезмерной психомоторной активностью, карикатурной переоценкой собственной личности, утратой критического отношения к себе, полной дезорганизацией поведения, то такое состояние можно считать психотическим. Тот же подход необходимо использовать и при диагностике депрессивного состояния.

В случаях, когда на момент совершения ООД у больных обнаруживается развернутая картина психотического состояния, их судебно-психиатрическая оценка не вызывает сомнения. Все они признаются невменяемыми в соответствии с критерием наличия временного расстройства психической деятельности.

Диагностические трудности при судебно-психиатрической оценке острых психотических состояний может вызвать их атипичная клиническая картина с включением полиморфной симптоматики, кратковременность психотического приступа, фрагментарные воспоминания о случившемся или полное их отсутствие и недостаточность свидетельских показаний (при психотических формах опьянения). Экспертную оценку может также затруднить необходимость соотнесения психотического эпизода с моментом совершения ООД. При судебно-психиатрической оценке в этих случаях важно определение фазы развития состояния острой интоксикации, во время которой было совершено правонарушение. Психотическое состояние может охватывать не всю картину опьянения, а быть лишь кратковременным эпизодом в его динамике. В связи с этим правонарушение может быть совершено как в психотической, так и непсихотической фазе острой интоксикации. Так, сумеречное помрачение сознания при патологическом опьянении может развиться на фоне простого или измененного алкогольного опьянения, делириозно-онейроидный синдром и состояние спутанности при гашишной интоксикации

могут возникнуть внезапно на высоте опьянения либо в его начале. Опьянение седативно-снотворными веществами характеризуется определенной фазностью. Психотические эпизоды отмечаются обычно во второй его фазе. Кокаиновый делирий может развиться в течение суток после начала интоксикации и самопроизвольно купироваться по ее окончании. Психозы при употреблении галлюциногенов могут иметь четкую двухфазную динамику. В начале опьянения клиническая картина исчерпывается аффективными расстройствами, и лишь в конце возникает эпизод помраченного сознания. Делириозные расстройства при вдыхании ингалянтов развиваются только в виде кратковременного эпизода на высоте интоксикации. Вскоре после прекращения вдыхания вещества сознание полностью проясняется и галлюцинации прекращаются. В связи с этим принципиальным представляется не просто выяснение формы опьянения (психотическая-непсихотическая), но и квалификация интоксикационных расстройств, относящихся к периоду совершения данным лицом противоправного деяния. Больные, перенесшие острый психоз, могут быть экскульпированы как в соответствии с критерием временного, так и хронического психического расстройства. В последнем случае также констатируется острый психоз, присутствовавший в момент совершения ООД, но он возник на фоне выраженных изменений личности, не достигающих, однако, степени слабоумия, что может быть квалифицировано как психоорганическое снижение личности или стойкое когнитивное расстройство.

Судебно-психиатрическая экспертиза стойких психических расстройств вследствие зависимости от психоактивных веществ. Продолжительное время в общественном сознании складывался достаточно негативный образ больных наркологическим заболеванием и, в частности, больных наркоманией. В первую очередь это было связано с убеждением об их повышенной общественной опасности и криминальной активности.

Многочисленные исследования показывают, что развитие различных форм зависимости от ПАВ сопровождается учащением привлечения этих лиц к уголовной ответственности, при этом структура преступности среди них зависит от вида ПАВ, в отношении которого формируется зависимость. Лица с алкогольной зависимостью чаше совершают имущественные правонарушения и правонарушения против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, грабежи, разбойные нападения). Эти данные по структуре правонарушений, совершенных лицами с алкогольной зависимостью, отражают общие тенденции роста преступности, наблюдающиеся последние годы на территории России, где преступления, сопряженные с физическим и психическим насилием над личностью, с причинением телесных повреждений занимают значительное место в общей структуре преступности.

В отличие от этого, лица, страдающие наркоманией, чаше всего (по нашим данным, до 36,8%) совершают противоправные действия, связанные с изготовлением, хранением, перевозкой и сбытом наркотиков. Это соответствует данным по общему массиву преступности, согласно которым преступность, связанная с наркотиками, выросла за 2004 г. в 4,2 раза, а число привлекаемых к уголовной ответственности сбытчиков наркотиков увеличилось в 2,3 раза. Аналогичного мнения придерживаются В. Е. Пелипас и И. О. Соломандина (1994). Они считают, что в основном страдающие наркоманией лица совершают незаконные операции с наркотическими средствами без цели сбыта. Наряду с этим среди лиц, страдающих наркоманией, наблюдается снижение доли особо тяжких преступлений — убийств и покушений на убийство, нанесений тяжких телесных повреждений. Возможно, именно такое изменение в структуре преступности больных наркоманией по сравнению с общим массивом преступности позволяет некоторым зарубежным исследователям считать, что потребление наркотиков не относится к факторам, провоцирующим преступное поведение.

Наибольшей криминогенной активностью отличаются больные на второй стадии развития зависимости от ПАВ. Они же чаще совершали наиболее тяжкие противоправные действия, направленные против личности, против общественной безопасности и порядка.

В подавляющем большинстве случаев на первой стадии формирования зависимости от ПАВ противоправные действия определяются не болезненными психопатологическими переживаниями, в том числе и синдромом патологического влечения к ПАВ, а социально детерминированы. Противоправному поведению способствует асоциальное окружение, неправильные социально-нравственные ориентиры вследствие воспитания, корыстные и другие психологически понятные мотивы. Формирующееся при этом патологическое влечение к ПАВ, даже если оно и не является основным мотивом совершения противоправных деяний, имеет некоторое опосредованное значение. Противоправное поведение обычно — это следствие формирования установок, характерных для лиц с антиобщественной направленностью, где система норм и ценностей допускает удовлетворение потребностей путем совершения криминальных действий. Отсутствие положительных социальных установок, общественная пассивность, эгоизм, ограниченность потребностей на бытовом уровне, слабый профессиональный и общеобразовательный рост в сочетании с криминальным окружением, отсутствием должного контроля со стороны семьи и близких, злоупотребление наркотическими веществами или алкоголем — таковы основные факторы совершения антиобщественных и антисоциальных поступков.

Однако даже преморбидно положительные социальные ориентиры в виде оценки значимости объекта, представляющего социальную ценность, не предопределяют дальнейший социальный маршрут. Это связано с тем, что они подвержены определенным динамическим сдвигам в процессе социальной и групповой интеракции. Поэтому возникновение социальной дезадаптации в форме снижения квалификации, частой перемены мест работы, нарушений семейных отношений способствуют включению таких лиц в группу с антисоциальной направленностью.

У индивидов с 1-й стадией формирующейся зависимости от ПАВ противоправная активность обычно связана с таким личностными особенностями, как утрата этических принципов и эмоциональных привязанностей, извращенные этические представления и стереотипы, принятые в референтной группе, в которую входило данное лицо, повышенная возбудимость, взрывчатость, агрессивность, слабость волевого контроля. Повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость, снижение морально-этических норм, извращенное понимание этических принципов приводят к совершению правонарушений против личной и общественной собственности.

Трудно бывает отнести те или иные личностные девиации, принимающие участие в формировании общественно опасного поведения, за счет развивающейся зависимости от ПАВ либо сочетанной с ней другой психической патологии. Это, по-видимому, и не принципиально, поскольку криминальная активность — одна из форм социальной дезадаптации, и именно в этом плане нужно рассматривать личностные и поведенческие особенности таких лиц для объяснения механизмов совершения ими противоправных деяний.

По мнению Ю. А. Александровского (1976), «психическая адаптация индивида является результатом деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием и содействием, что порождает новые интегративные качества, не присущие отдельным подсистемам». При этом состояние психической дезадаптации и сопряженная с ней социально-бытовая дезадаптация — это результат нарушения функцио-

нальных возможностей всей адаптационной системы в целом, в том числе и внешней. В этой связи не представляется принципиально важным разграничивать генез массы личностных особенностей, принимающих участие в той или иной форме социальной активности, в том числе и криминальной. Тем более что лежащие и основе криминальной активности социально-психологические и конституционально-биологические факторы тождественны преморбидно-личностным особенностям лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами.

У больных на 2-й стадии зависимости от ПАВ независимо от ведущего клинического синдрома совершение противоправных действий также определяется социальными факторами, аналогичными свойственным больным на первой стадии зависимости. Однако в этих случаях особенности ведущего клинического синдрома, не являющиеся основной причиной совершения правонарушений, имеют некоторое опосредованное значение. Значительную долю эксцессов обычно составляют правонарушения, вытекающие из таких характерологических особенностей этих больных, как повышенная возбудимость, взрывчатость, агрессивность, нарушение волевого контроля: это правонарушения против личности, против общественной безопасности и порядка. Повышенная внушаемость, снижение морально-этических задержек как результат присоединившейся наркомании и отрицательного психологического влияния приводят к совершению преступлений против личной и общественной собственности.

На 3-й стадии зависимости от ПАВ особенности социальной адаптации больных и совершение ими общественно-опасных действий тесно связаны со спецификой их психического состояния. Несмотря на относительную сохранность профессиональных навыков и бытовых стереотипов, большинство из них, как правило, нигде не работают, отмечается стойкая утрата трудоспособности. Некритичность, неспособность к осмыслению ситуации и сопоставлению своих действий с социально-ограничительными нормами и правилами морали, повышенная возбудимость и расторможенность влечений способствуют совершению правонарушений, направленных против порядка и общественной безопасности, против общественной и личной собственности.

Поскольку до 36% всей криминальной активности лиц с признаками наркомании приходится на долю противоправных действий, сопряженных с наркотиками, интересно изучение связи криминальной активности этих лиц с их патологическим влечением к наркотикам. Проведенные нами исследования показали, что в большинстве случаев не представляется возможным установить какую-либо связь антиобщественной деятельности этих лиц с той или иной формой патологического влечения к наркотическим средствам, а криминальная активность, в том числе и сопряженная с наркотиками, оказывается больше обусловленной социальными стереотипами, навязанными либо перенятыми у окружающих. В то же время примерно в трети случаев обнаруживается разной степени интенсивности связь имеющегося патологического влечения с совершенным антиобщественным действием.

В наиболее простом виде это выражается в тех случаях, когда хранение либо товарные действия с наркотическими средствами совершаются в силу имеющегося патологического влечения к приему наркотиков. Поскольку именно на первой стадии наркомании динамика патологического (обсессивного) влечения определяется ритмом наркотизации и его дезактуализацией только в состоянии наркотического опьянения, именно здесь эти лица прибегают к постоянному хранению наркотического вещества либо к необходимости его приобретения.

В течение многих лет судебно-психиатрической оценки лиц с различными видами зависимости от ПАВ (хронический алкоголизм, нарко- и токсикомании) в практике су-

дебно-психиатрической экспертизы используются традиционные подходы к ним как к состояниям, включающим лишь медицинский критерий невменяемости, что при отсутствии юридического критерия безоговорочно обусловливает инкульпацию этих лиц. Вопрос об экскульпации ставится и, тем более, решается положительно достаточно редко, исключительно по фактору наличия временного болезненного расстройства психической деятельности в виде сложных психотических форм наркотического опьянения, интоксикационных психозов. Здесь не имеются в виду наркомании, осложняющие течение других психических заболеваний, где экспертные вопросы решаются на основании методов, выработанных в отношении каждой отдельной нозологической формы.

Возможно, такой однозначный подход к решению экспертных вопросов в отношении лиц, страдающих алкогольной зависимостью или наркоманией, связан с традиционными взглядами на алкоголизм и наркоманию как на явление больше социальное, нежели биологическое. Возможно, большое влияние здесь на отечественную школу оказывают зарубежные исследования, рассматривающие различные проявления патологии сферы влечений, в том числе и патологического влечения, в рамках личностных девиаций, «расстройств личности» (DSM-III-R), «поведенческих агрессивных» и «антисоциальных личностных расстройств». При этом основное внимание акцентируется не на психопатологической структуре имеющихся расстройств сферы влечений, а на изучении социально-психологических механизмов и биологических факторов, способствующих их возникновению (Rodenburg, 1971;Haslam, 1975;Paleologo, 1977; Kanmeier, 1975). Наибольшее количество работ посвящено вопросам «нарушения импульсивного контроля», однако и в них путаются такие клинически различные понятия, как физиологические влечения, расстройство сферы влечений, патологические влечения (Veno, 1974; McManus, 1984;Kolko, 1985; 1989; Evans, 1986; Marshall etal., 1988).

Внесение и учет социальных моментов в судебно-психиатрические решения в отношении лице различными видами зависимости наглядно демонстрируется при постановке вопроса об их ограниченной вменяемости. Так, в законодательствах многих стран, предусматривающих возможность признания уменьшенной вменяемости лиц с психическими аномалиями, оговаривается, что положения об ограниченной вменяемости (УК Польши, Дании) или даже о невменяемости (УК Швеции) не применяются, если обвиняемое лицо само вызвало тяжкое изменение или расстройство сознания с намерением совершить преступление (ст. 12 УК Швеции), либо если лицо совершило деяние в состоянии алкогольного опьянения или в другом одурманенном состоянии (ст. 24,25 УК Венгрии).

Экспертные вопросы в отношении лиц с синдромом зависимости от ПАВ следует рассматривать в плане определения глубины и динамики эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических изменений, отражающихся в поведении этих лиц, а также в характере совершаемых ими противоправных действий. С юридической точки зрения большое значение при решении вопроса о вменяемости имеет способность субъекта строить логически обоснованный и адекватно-мотивационный замысел, поскольку его наличие — один из атрибутов как гражданского акта, так и преступления.

В отношении больных с синдромом зависимости от ПАВ показателем глубины психических изменений, соответствующих медицинскому критерию невменяемости, обычно служат стойкое деструктивное поражение головного мозга с грубым психоорганическим дефектом в виде выраженного снижения показателей внимания, мышления, памяти, способности к прогнозированию, распада механизмов регулирования когнитивной деятельности, вследствие чего нарушается целостная структура интеллектуальных процессов, разлаживается сочетанное функционирование актов восприятия, переработки и фиксации новой информации, сопоставления ее с предшествующим опытом. Когнитив-

пая недостаточность может выражаться в трудностях восприятия, нарушении активного внимания, слабости запоминания. Определенное значение придается неадекватности аффектов переживаемым событиям, недостаточности инициативы и побуждений. В этих случаях часто имеют место эгоцентризм и консерватизм мышления, связанные с когнитивным дефицитом. Следует учитывать и повышенную внушаемость, расстройства критических способностей, трудность принятия самостоятельного решения в усложненных ситуациях, выраженную зависимость поведения от обстоятельств. Важным в связи с этим считается и нарушение адаптивного поведения, показателем дефицита которого служит нарушение приспособляемости в данной культурной группе и в таких сферах, как профессиональная деятельность, социальная и гражданская ответственность, коммуникативность, исполнение ежедневных обязанностей, личная независимость и самоудовлетворение. Нарушения поведения у лице выраженными психическими и поведенческими расстройствам и вследствие злоупотребления ПАВ в период судебно-психиатрической экспертизы могут быть разной степени интенсивности и проявляться пассивностью, зависимостью от поведения и мнения окружающих, неадекватной (как завышенной, так и заниженной) самооценкой, агрессивностью и аутоагрессивностью. импульсивностью, неумением себя контролировать.

Для достоверного диагноза в этих случаях должен констатироваться низкий уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения.

По своим характеристикам эти психические нарушения приближаются к тотальному варианту органического слабоумия и могут быть соотнесены с понятием и «хронического психического расстройства», и «слабоумия» как вариантов медицинского критерия невменяемости.

Во всех остальных случаях (здесь не имеются в виду различные преходящие психические нарушения, отвечающие критериям «временного психического расстройства») развивающиеся в рамках синдрома зависимости психические и поведенческие расстройства не отвечают ни медицинскому, ни юридическому критерию невменяемости и не могут быть основанием для экскульпации лиц, у которых они выявляются.

При решении вопроса о вменяемости в отношении лиц с синдромом зависимости от ПАВ основополагающий критерий — констатация сохранности способности понимать систему морально-нравственных запретов и основных норм социально значимого поведения, возможности сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях и предвидеть последствия своих поступков. Этот факт — основной аргумент в пользу того, что более или менее выраженные психические и поведенческие расстройства, обусловленные хронической интоксикацией ПАВ, не определяют юридический критерий невменяемости, т. е. не достигают степени психических расстройств, дающей субъекту возможность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию. Таким образом, решающим в этих случаях становится сохранение у субъекта преступления, несмотря на имеющиеся у него признаки психоорганического снижения и личностные нарушения, способности отражать реальную социально-психологическую ситуацию и в соответствии с ней осознавать, определять и организовывать свое поведение, а также понимать правовое значение собственных поступков, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Поскольку до 1997 г. отечественное уголовное законодательство не упоминало о психических расстройствах в раках вменяемости, существовал строгий дихотомический

подход при вынесении экспертного заключения (вменяем—невменяем). В соответствии с этим закон предъявлял, по сути, одинаковые требования и к психически здоровому лицу, и к лицу, в силу имеющихся у него психических расстройств испытывающему затруднения в адекватном регулировании своего поведения. Несмотря на это, в целом ряде случаев суды допускали возможность признавать психические аномалии обвиняемого в качестве обстоятельств, смягчающих его уголовную ответственность (Антонян, Бородин, 1987). Данная ситуация объяснялось тем, что имеющиеся улица психические расстройства, в том числе и связанные со злоупотреблением ПАВ, часто (нередко — весьма существенно) влияют на поведение субъекта преступления, и это требует их учета при назначении наказания и его отбывании.

Возможность и необходимость применения оценочной категории ограниченной вменяемости при судебно-психиатрической экспертизе лиц с наркологическими заболеваниями обусловлена, прежде всего, тем, что наблюдаемые в данной нозографической группе психические и поведенческие расстройства представляют собой континуум от легких и незначительных нарушений психики до выраженных, от преходящих и обратимых — до стойких и глубоких. Поэтому одни проявления этого континуума могут быть соотнесены с вменяемостью, другие — с невменяемостью, и очень многие — с нормой ст. 22 УК РФ.

При определении юридического критерия статьи 22 УК РФ используется формулировка ст. 21 УК РФ о способности лица «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действия (бездействия) либо руководить ими». Если при невменяемости указанная способность утрачивается полностью, то применение ст. 22 УК РФ возможно, когда она сохранена, но «не в полной мере».

Сохранение, но не в полной мере сознательного волевого контроля над своим поведением может быть обусловлено достаточно широким кругом психических расстройств (т. н. медицинский критерий) — от неврозоподобных и психопатоподобных до выраженных психоорганических. О применении ст. 22 УК РФ к субъекту преступления правомерно говорить лишь в тех случаях, когда имеющееся у него психическое расстройство соответствует требованиям обоих критериев — и медицинского, и юридического.

У лиц с синдромом зависимости от ПАВ наиболее частыми аффективные, психопато- и неврозоподобные нарушения, специфические личностные изменения, психоорганическое снижение и расстройства в сфере побуждений (т. н. синдром патологического влечения к ПАВ). Эти психические расстройства не соответствуют критериям экскульпации, однако зачастую лишают этих лиц способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых ими действий и руководить ими. Не менее важную роль в этом играет и часто наблюдающаяся у наркологических больных парциальная интеллектуальная слабость в отношении вопросов, связанных с наркотизацией, при сохранности общего интеллектуального уровня.

Развивающиеся вследствие злоупотребления ПАВ личностные расстройства и психические нарушения, как стойкие, так и в рамках фазных наркологических состояний (острая интоксикация, абстинентный синдром), нередко влияют на социальную активность этих лиц. У лиц с зависимостью от наркотических средств это проявляется не только в снижении уровня социального функционирования, но и в специфическом сужении спектра их противоправной активности на действиях, связанных с незаконным оборотом наркотических средств. Когда антисоциальная активность лице наркоманической зависимостью — следствие развивающихся у них в связи с наркоманией психических расстройств и находит свое отражение в совершении в том числе и противоправных действий, связанных с регулярным употреблением наркотических средств (приобретение, хранение, перевозка), в этих случаях можно говорить о недостаточном прогнозирова-

нии ими своих действий и их последствий, снижении критических способностей в оценке ситуаций, связанных с употреблением наркотиков, что соответствует юридическому критерию ч. 1 ст. 22 УК РФ и позволяет ставить вопрос о ее применении.

Достаточно сложна судебно-психиатрическая оценка лиц с абстинентными расстройствами, проявившимися в период инкриминируемого им деяния, отягощенными комплексом соматовегетативных и психических нарушений, основное из которых — актуализация компульсивного патологического влечения к ПАВ.

Компульсивное патологическое влечение отражает неодолимую потребность в совершении определенного действия, связанного с употреблением одурманивающего средства, имевшего когда-то целесообразный характер (психологически понятная мотивация), но потерявшего адекватную мотивационную актуальность. При этом качество неодолимости затрагивает двигательную сферу и сферу побуждений при относительной интактности ассоциативных и интеллектуальных процессов. В данном случае объект влечения, как правило, противопоставляется личности, не отождествляется с ней, а снижение интеллектуального контроля в большей степени связано с искажением морально-нравственных и социально-ограничительных представлений, чем с интеллектуальным снижением. Все это не позволяет применить понятие юридического критерия невменяемости к лицам с указанной патологией.

Однако в структуре компульсивного патологического влечения доминируют эмоционально-волевые и аффективные нарушения, вплоть до аффективно суженного сознания. Всем лицам с синдромом зависимости свойственна парциальная интеллектуальная слабость в вопросах, связанных с употреблением психоактивных средств, что не позволяет им в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых противоправных действий (интеллектуальный признак) или руководить ими в силу имеющихся расстройств психической деятельности в виде неодолимости влечения (волевой признак).

Наиболее приемлемым при судебно-психиатрической экспертизе таких лиц представляется вынесение решения о применении статьи 22 УК РФ, не исключающей уголовную ответственность лица и его наказание и подразумевающей, что во время совершения противоправного деяния у него была ограничена способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими в силу имеющихся расстройств психической деятельности.

При наличии обсессивного варианта влечения в клинической картине зависимости и при выявлении его в период, относящийся к совершению правонарушения, судебно-психиатрические подходы должны быть иными.

Если на начальных этапах истории обсессий они относились к расстройствам мышления (Westphal, 1877), то в дальнейшем их происхождение, в соответствии со взглядами B. Morel (1860), связывали с нарушением эмоциональной сферы и воли (Janet, 1903; Korreniowski, Pyzynski, 1978). Несмотря на то что навязчивости всплывают в сознании больного помимо его воли и не могут быть им изгнаны из сознания произвольно, данное психопатологическое расстройство не затрагивает интеллект больных и их критические способности. Восприятие больными навязчивых переживаний как чуждых и ненужных с критическим к ним отношением свидетельствует о сохранении интеллектуального контроля над происходящими в психике психопатологическими процессами, и следовательно, применительно к данному случаю мы не можем ставить вопрос об интеллектуальной составляющей юридического критерия невменяемости.

О сохранности критического осмысления ситуации в целом и о сохранении возможности прогноза медицинских и социальных последствий своих действий говорит наблю-

даемый в этих случаях более или менее выраженный процесс борьбы мотивов с критическим анализом всех доводов «за» и «против», адекватное ситуации поведение, когда эти лица проявляют определенную осторожность при приеме ПАВ и принимают все необходимые меры к сокрытию своего противозаконного поведения. Этим объясняется тот факт, что на этапе обсессивного влечения к ПАВ эти лица гораздо реже привлекаются к уголовной ответственности за совершение противоправных действий, связанных с манипуляциями с ПАВ, нежели на этапе формирования компульсивного влечения.

Лежащая в основе навязчивых явлений слабость волевой сферы находится под жестким контролем интеллекта. Он и определяет в зависимости от стойкости и социальной ориентации морально-нравственных и социальных установок поведение больных. Прямое отражение это находит в процессе борьбы мотивов. Его продолжительность и содержательная сторона определяются не столько и не только слабостью волевых процессов, сколько представлениями о социально-ограничительных нормах, морально-нравственными установками, социально-правовой осведомленностью данного индивида. Это положение подтверждает и тот факт, что обычно реализуются только навязчивые мысли и образы и совершаются только навязчивые действия, не угрожающие жизни самого больного, окружающих, и не противоречащие его морально-этическим установкам. Таким образом, волевой компонент юридического критерия невменяемости находится в прямой связи с интеллектуальным. А имеющиеся эмоционально-волевые нарушения и особенности ассоциативной сферы не достигают той выраженности, когда можно было бы говорить о том, что они оказывают влияние на способность этих лиц понимать фактический характер своих действий (бездействия) либо руководить ими. Следовательно, применение в этих случаях статьи 22 УК РФ необоснованно.

При судебно-психиатрической экспертизе лиц с зависимостью от ПАВ необходимо учитывать, что синдром патологического влечения к ним в любом его клиническом варианте (обсессивное или компульсивное) наряду с другими психическими расстройствами — это один из клинических проявлений синдрома зависимости, когда все они выступают в сложной многомерной зависимости. При вынесении экспертного заключения в таких случаях должен применяться системный подходе изучением всех факторов клинико-социального континуума, включающего предшествующий и последующий за совершением преступления период: личностные (в том числе и преморбидные) особенности, наркологический анамнез, общее психическое состояние, особенности аффективно-волевой сферы в плане возможности или невозможности сопротивляться приему ПАВ, наличие факторов, искажающих привычную форму опьянения (психогения, соматическое заболевание, черепно-мозговая травма, непривычное наркотическое вещество и т. д.), характер правонарушения и его связь с состоянием опьянения, соотношение компульсивного патологического влечения к ПАВ с состоянием опьянения. При этом следует учитывать, что актуализация патологического влечения к ПАВ не коррелирует с состояниями наркотического опьянения, следовательно, правовые подходы к этим состояниям должны быть различными. Не менее важно и необходимо учитывать механизм развития патологического влечения, его первичный или вторичный характер.

Решение экспертных вопросов о вменяемости или невменяемости лица неразрывно связано с проблемой назначения этим лицам различных мер медицинского характера, наиболее традиционным из которых до недавнего времени было принудительное лечение.

Освидетельствование наркологических больных с целью назначения принудительного лечения относится, в соответствии с ныне действующей инструкцией Минздрава СССР, к судебно-наркологической экспертизе (Временная инструкция о производстве

судебно-наркологической экспертизы. М., Минздрав СССР, 1988). Судебно-наркологическую экспертизу проводят, согласно этой инструкции, как психиатры-наркологи, так и судебные психиатры, правда используют термин «судебно-наркологическая экспертиза» далеко не всегда. Многие из этих специалистов назначение наркологическим больным принудительного лечения считают частью судебно-психиатрической процедуры.

Инструкция 1988 г. разграничивает полномочия в проведении судебно-наркологической экспертизы между психиатрами-наркологами и судебными психиатрами. Если вопрос о назначении наркологическому больному принудительного лечения — единственный в постановлении (определении) о назначении экспертизы, с которым следователь (суд) обращается к экспертам, освидетельствование проводится наркологами специальных комиссий наркологических диспансеров. F-сли же наряду с назначением принудительного лечения в постановлении (определении) ставятся вопросы, относящиеся к компетенции судебных психиатров (обычно это касается вменяемости—невменяемости), то проводится судебно-психиатрическая экспертиза, отвечающая на все вопросы, как наркологические, так и психиатрические. При этом не требуется дополнительного, кроме судебно-психиатрического, освидетельствования подэкспертного еще и специальной комиссией наркологического диспансера либо включение в СПЭК нарколога.

Принятые в последнее десятилетие в Российской Федерации законодательные акты внесли существенные изменения в правовую базу процедуры назначения принудительных мер медицинского характера, осуществляемых в отношении больных алкоголизмом и наркоманиями. Ранее в стране принудительное лечение при наркологических заболеваниях назначалось: 1) лицам, не являющимися правонарушителями, но уклоняющимися от медицинской помощи (лечение в ЛТП); 2) лицам, совершившим преступление, в отношении которых принудительное лечение применяется наряду с исполнением уголовного наказания (лечение в исправительных учреждениях в соответствии с бывшей статьей 62 УК РФ). В 1993 г. принудительные меры, предпринимаемые в отношении первой категории лиц, были законодательно отменены, а лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) системы МВД, осуществлявшие эти меры, ликвидированы.

В декабре 2003 г. было отменено принудительное лечение осужденных от алкоголизма и наркомании, соединенное с исполнением наказания. В этой ситуации меры, предусмотренные ч. 2 ст. 22 УК РФ, представляются единственно возможными по оказанию необходимой для лиц с зависимостью от ПАВ лечебно-реабилитационной помощи в местах отбывания наказания. Это тем более важно в отношении лиц с наркотической зависимостью, основной спектр антисоциальной активности которых ограничивается противоправными действиями, связанными с незаконным оборотом наркотических средств. Следовательно, проводимое таким лицам в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ амбулаторное принудительное лечение является важной мерой по профилактике их повторной противоправной активности.

В случае условного осуждения, в соответствии с ч. 5 статьи 73 УК РФ, «суд .. .может возложить на условно осужденного исполнение определенных обязанностей: [...] пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании».

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от27.05.98 № 9 (касается только больных наркоманиями) уточняет некоторые положения статьи 73 УК РФ: «Неисполнение условно осужденным [...] обязанности может служить основанием для решения в установленном законом порядке вопроса об отмене условного осуждения и исполнении наказания, назначенного приговором суда».

Таким образом, в соответствии с ч. 5 ст. 73 УК РФ, на условно осужденных лиц может быть «возложена обязанность» по прохождению курса лечения от алкоголизма.

наркомании или токсикомании. Данная мера в правовом отношении существенно отличается от принудительного лечения, регламентируемого ранее статьями 97-104 УК РФ. Эта мера, в частности, не требует регулярных комиссионных освидетельствований, продления и отмены судом. В действующем уголовном законодательстве не говорится о том, в каких формах — амбулаторной или стационарной — должна осуществляться указанная обязанность. Этот вопрос, очевидно, отнесен к компетенции специалистов, проводящих лечение.

В части 6 УК РФ говорится о том, что контролирует поведение условно осужденного уполномоченный на то специализированный государственный орган (имеются в виду органы, исполняющий наказание, — уголовно-исполнительные инспекции Минюста РФ). В установленном законом порядке условное осуждение может быть отменено, после чего приговор суда вступает в силу. Такая возможность служит дополнительным дисциплинирующим фактором и побуждает пациента к более добросовестному исполнению предписаний врача.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в психотическом состоянии, вызванном злоупотреблением ПАВ. Согласно данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, среди всех экскульпированных больных доля лиц с алкогольными психозами составляет более 12%. Больные с алкогольными психозами чаще, чем лица с другими психическими заболеваниями, совершают опасные действия, направленные против жизни, здоровья и достоинства личности (76,1%), причем 41,4% из них составляют такие особо опасные деяния, как убийство, попытка убийства, нанесение тяжких телесных повреждений. Имущественные и правонарушения против общественной безопасности и порядка составляют незначительную долю.

Противоправная активность лиц в психотическом состоянии определяется ведущим в структуре психоза психопатологическим синдромом, а также типом его течения. Наибольшее количество опасных для жизни правонарушений совершают больные с сумеречным расстройством сознания (100%). В группе острых психозов лидируют психозы с делириозной симптоматикой (86% больных совершают ООД против личности). В группе хронических психотических состояний наиболее криминогенны психозы с бредовой (в 90% случаев совершены ООД против личности) и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой (в 92% случаев ООД были направлены против личности). Наибольшую социальную опасность представляют больные с бредом ревности. Их противоправные действия всегда направлены против жизни и здоровья личности.

При сравнении криминогенное™ одинаковых психопатологических синдромов в структуре острого и хронического психозов оказалось, что больные с хроническим течением параноидного и галлюцинаторно-параноидного синдрома чаше совершают правонарушения, направленные против личности, чем больные с острым течением этих же синдромов. Больным с острым алкогольным параноидом свойственны в основном правонарушения, направленные против общественной безопасности и порядка. Больные алкогольными энцефалопатиями по сравнению с больными психотическими формами алкоголизма значительно реже замечены в правонарушениях, направленных против личности.

Исходя из предложенной М. М. Мальцевой и В. П. Котовым (1992) классификации механизмов совершения общественно опасных действий психически больными, при остром и хроническом течении алкогольного психоза (за исключением энцефалопатии) обнаруживается прямая связь общественно опасного поведения больных с имеющейся у них продуктивно-психотической симптоматикой. Так, среди всех правонарушений у больных с психотическими формами алкоголизма преобладают ООД, совершенные по продуктивно-психотическим мотивам. Среди них превалируют ООД, совершенные по

механизму бредовой защиты. Этот механизм наблюдается и при психотической форме опьянения, и при острых психозах. У больных с острым алкогольным галлюцинозом и параноидом отмечается и пассивный, и активный варианты этого механизма, чаще всего отражающие различные этапы психоза. В начале психотического расстройства действия больных направлены на защиту от мнимых преследователей. Это выражается в реакции «осадного положения», когда больные баррикадируются от мнимого нападения (пассивный вариант). В дальнейшем возникает агрессия в отношении преследователей, т. е. совершение ООД происходит по механизму «преследования преследователей» (активный вариант). При этом особо опасные криминальные действия реализуются в период максимального эмоционального напряжения, с выраженным аффектом ярости, злобы и страха.

Правонарушения, совершенные по мотивам бредовой мести, характерны для страдающих хроническими параноидными психозами. У больных с бредом ревности они реализуются агрессивными действиями, направленными на «неверных» супругов. Иногда этот же механизм наблюдается при развитии параноидных идей ущерба, обкрадывания, отравления. Правонарушение в таких случаях совершается больными на высоте аффективного напряжения.

В группу правонарушений, совершаемых без бредовой мотивации поведения, входят ООД, связанные с наличием устрашающих зрительных, императивных вербальных галлюцинаций и элементов синдрома психического автоматизма. Они встречаются в основном у больных с делириозным расстройством сознания. Во время психотического эпизода поведение больных полностью определяется содержанием имеющейся у них патологической продукции без ее критической переработки и осмысления. Криминальная активность, связанная с этими расстройствами, в частности, возрастает при сочетании в структуре психоза зрительных и вербальных обманов восприятия с аффектом страха и ужаса. Часто клиническая картина таких расстройств характеризуется видениями надвигающихся зверей, чудовищ, бесов, вурдалаков и т. д. Действия больных в этих случаях носят характер самообороны с агрессивно-наступательными тенденциями. Криминогенность возрастает, когда аффекты страха, тревоги, злобы и тоски достигают своей кульминации.

Механизм совершения ООД, связанный с дезорганизацией поведения, отмечается при сумеречном расстройстве сознания и характеризуется полной невозможностью осмысления окружающего. В таких состояниях больные глубоко дезориентированы, их поведение определяется беспорядочным психомоторным возбуждением с нарастающим аффектом злобы, тоски, страха, что и приводит к совершению ООД. В структуре описанных нарушений нельзя исключить механизма бредовой защиты, хотя его не всегда возможно выявить объективно из-за глубины нарушений сознания и последующей амнезии психопатологической продукции.

В структуре правонарушений, совершенных по негативно-личностным механизмам, преобладают ситуационно спровоцированные действия. Это больше характерно для больных хронической энцефалопатией. В реальной жизненной ситуации такие люди совершают поступки, обусловленные отсутствием критической оценки обстоятельств, повышенной внушаемостью, связанной с выраженным в той или иной степени эмоционально-волевым и интеллектуально-мнестическим дефектами.

Все лица, совершившие ООД в состоянии острого или хронического интоксикационного психоза, признаются невменяемыми.

В заключение следует указать, что судебно-психиатрическое освидетельствование лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ

должно проводиться объединенными усилиями эксперта-психиатра и эксперта-нарколога. Только так возможна комплексная оценка психического состояния подэкспертного с учетом нозологической принадлежности болезни, синдромальных характеристик, наличия или отсутствия тех особенностей психического состояния, в связи с которым данное лицо соответствует или не соответствует указанным в законе критериям формулы невменяемости и принудительного лечения. Поэтому в этих случаях наиболее целесообразным представляется привлечение к проведению судебно-психиатрической экспертизы врача-нарколога.

28.1.2. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в гражданском процессе

Ограничение дееспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. За последние годы в новых экономических условиях участились случаи нарушения гражданских прав лиц, злоупотребляющих ПАВ, а также членов их семей. Находясь под воздействием ПАВ, эти лица оказываются неспособными отстоять свои имущественные интересы и становятся объектом манипуляций со стороны различного рода мошенников.

Практика работы судов показывает, что в последнее время все чаще возбуждаются дела по признанию той или иной юридической сделки (обычно это купля-продажа недвижимости) недействительной на основании того, что один из участников сделки находился в состоянии опьянения тем или иным ПАВ либо в состоянии «запоя». Это и оказывается в последующем предметом судебно-психиатрического экспертного исследования в рамках судебного разбирательства.

Согласно современным взглядам судебной психиатрии на данную проблему, несмотря на присутствующие при этом психические нарушения и особенно — расстройство критических способностей, лицо в состоянии простого алкогольного или непсихотической формы наркотического опьянения сохраняет возможность понимать значений своих действий и руководить ими. А это означает, что все совершенные им в таком состоянии юридические сделки не могут быть по критерию болезненного расстройства психической деятельности признаны недействительными. При подобном положении дел единственной мерой, способной в какой-то мере защитить интересы как самого больного хроническим алкоголизмом или наркоманией, так и его семьи, служит признание таких лиц ограниченно дееспособными.

Согласно ст. 30 Гражданского кодекса РФ, если совершеннолетний гражданин злоупотребляет спиртными напитками или наркотическими средствами и тем самым ставит свою семью в тяжелое материальное положение, он может быть ограничен в дееспособности. С момента вступления решения суда в силу над этим лицом устанавливается попечительство.

Установление ограниченной дееспособности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотиками, преследует две цели. С одной стороны, это одна из косвенных мер борьбы с алкоголизмом и наркоманиями, а с другой — защита интересов лиц, в той или иной мере зависящих материально от больного наркологическим заболеванием. В случае, когда суд получает объективные доказательства о прекращении данным лицом злоупотребления алкоголем или наркотиками, он вправе полностью восстановить его дееспособность.

Учитывая тот факт, что ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина является существенным вторжением в его правовой статус, установление ее законом

допускается при наличии на то серьезных оснований. Предпосылки вынесения такого решения носят исключительно социальный характер и не имеют отношения к медицинским аспектам проблемы алкоголизма и наркоманий.

Первое и необходимое условие для постановки вопроса об ограниченной дееспособности лица в судебном порядке — признание факта злоупотребления им спиртными напитками или наркотическими веществами. Соответствующая статья Гражданского кодекса не оговаривает обязательного присутствия у данного лица хронического алкоголизма или наркомании, а также — нахождение его на диспансерном учете в связи с этим. Лишь чрезмерное и систематическое употребление спиртного, находящееся в противоречии с интересами семьи и приводящее к тяжелому материальному положению, дает право на ограничение дееспособности данного лица (Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1979, №8).

Причинно-следственная связь между фактом злоупотребления лицом тем или иным ПАВ и тяжелым материальным положением его семьи — обязательное условие, поскольку основной целью признания лица ограниченно дееспособным является защита интересов семьи, материально от этого лица зависящей.

Ограничение дееспособности граждан определяется судом в порядке, установленном гражданско-процессуальным кодексом РСФСР (ст. 29 ГПК РСФСР).

Как показывает практика, дела по признанию лиц ограниченно дееспособными возбуждаются, как правило, прокурорами. Общественные организации, а также органы опеки, попечительства, психиатрические лечебные учреждения редко используют предоставленное им законом такое же право.

В статьях 126 и 259 ГПК РСФСР определены требования, которым должно соответствовать заявление об ограничении дееспособности. В нем должны быть изложены факты, подтверждающие, что данное лицо чрезмерным и систематическим злоупотреблением спиртными напитками ставит свою семью в тяжелое материальное положение. В связи с этим суды должны располагать следующими материалами: показаниями заявителей, отражающими факты чрезмерного злоупотребления спиртными напитками, вследствие чего семья данного лица несет тяжелый материальный ущерб, материалами о нарушениях данным лицом общественного порядка, актом обследования материальных условий жизни, документами о составе семьи, справкой о заработке, характеристикой с места работы, актом медицинского обследования о наличии у данного лица признаков хронического алкоголизма или пристрастия к злоупотреблению спиртными напитками. Решение суда, вынесенное только на основании медицинского заключения о наличии у данного лица признаков хронического алкоголизма и наркомании, неправомерно, поскольку подобное решение, в соответствии со статьей 30 ГК РФ, допускается только при условии, что тяжелое материальное положение семьи связано со злоупотреблением им спиртными напитками независимо оттого, есть ли у него признаки хронического алкоголизма или нет.

По статье 261 ГПК РСФСР дело о признании гражданина ограниченно дееспособным суд рассматривает в присутствии его самого, прокурора и представителя органа опеки и попечительства (сотрудник отдела здравоохранения, префектуры либо представитель лечебного учреждения). Поскольку в данных делах не предусматривается иска, значит, в них нет и предполагаемых субъектов спорного правоотношения. Поэтому лица, в отношении которых рассматривается данное дело, по статье 4 и 258 ГПК РСФСР именуются не ответчиками, а заинтересованными лицами, а члены семьи, терпящие ущерб от таких субъектов, принимают участие в процессе как заявители независимо оттого, какая инстанция возбудила данное дело.

Префектура в течение месячного срока обязана назначить ограниченному в дееспособности лицу попечителя, без согласия которого данный гражданин не сможет принимать участие в правовых актах установленного судом объема.

Статья 30 ГК РФ предусматривает возможность отмены судебного решения об ограничении дееспособности гражданина. Это происходит в тех случаях, когда основания, по которым была применена эта мера, «отпали». При этом нигде нет уточнения того, что понимается под термином «отпали». По-видимому, речь идет о таком прекращении или уменьшении злоупотребления спиртными напитками или наркотиками, когда данное лицо уже не ставит свою семью в тяжелое материальное положение.

Признание сделки, совершенной дееспособным гражданином, злоупотребляющим ПАВ, недействительной. Статья 30 ГК РФ не влияет на результаты юридической сделки, совершенной гражданином в период, предшествующий признанию его судом ограниченно дееспособным. В этих случаях права гражданина могут быть защищены в соответствии со статьей 177 ГК, гласящей, что «сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, признается судом недействительной по иску этого гражданина».

Данная статья ГК содержит лишь юридический (психологический) критерий, и врачу-эксперту предоставляется возможность самому решать вопрос о том, при каких болезненных состояниях, в том числе и связанных с употреблением ПАВ, гражданин не мог понимать значения своих действий или руководить ими.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы по иску о признании сделки, совершенной лицом, страдающим алкоголизмом или наркоманией, недействительной, крайне важно. Эти больные часто к моменту совершения сделки имеют длительный алкогольный анамнез, находятся в состоянии опьянения или запоя, что обусловливает необходимость оценки не только психических расстройств, связанных с алкогольной болезнью, но и клинических особенностей, привнесенных и связанных с запоем.

Не является основанием для применения к гражданину ст. 177 ГК РФ ни формальная констатация у него признаков алкогольной зависимости, ни констатация у него в период совершения юридической сделки состояния алкогольного опьянения. В данном случае важен не просто факт наличия у него тех или иных психических расстройств, а то, мог ли гражданин понимать значение своих действий или руководить ими в исследуемой ситуации.

Формирование различных видов зависимости происходит часто на фоне более или менее выраженной церебрально-органической недостаточности, связанной с патологией раннего периода развития, перенесенными черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями. Это приводит к формированию у таких больных патохарактерологических особенностей и эмоционально-волевых нарушений, становящихся почвой для быстрого формирования патологической зависимости от ПАВ. В свою очередь, систематическая интоксикация алкоголем и наркотиками приводит к дальнейшему заострению патологических личностных особенностей. У больных с алкогольной зависимостью (по С. Г. Жислину) формируется алкогольный характер, отмечается усиление аффективной окраски всех переживаний, что оказывает несомненное влияние на большинство действий и суждений больных, образуется повышенная эмоциональная откликаемость и легкость аффективной индукции, возрастание лабильности аффекта, склонность к полярным его колебаниям. Особенность таких больных — повышенная внушаемость, тесно связанная с изменениями в аффективной сфере. Преобладание астенической и апатической симптоматики, сопровождающейся снижением побуждений, ограничением контактов, без-

различием к своему будущему, ограниченностью круга интересов, а также нарастающая интеллектуальная недостаточность со снижением способности к прогнозированию последствий своих действий и критической оценки ситуации в целом, делает таких больных наиболее виктимными в плане возможных злоупотреблений при совершении имущественных сделок.

Для определения способности понимать фактический характер своих действий и руководить ими у лица, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, необходимо в первую очередь оценить сохранность интеллектуально-мнестических функций, волевой сферы, критических и прогностических способностей. При этом следует иметь в виду, что при алкоголизме нередко наблюдается сочетанная травматическая и церебрально-сосудистая патология, усложняющая клиническую картину и утяжеляющая течение основного заболевания, а в состоянии алкогольного опьянении могут усугубляться имеющиеся у больного даже незначительные интеллектуально-мнестические нарушения, проявляющиеся в рамках различных специфических для синдрома зависимости психопатологических симптомов.

Наиболее специфичен для больных алкоголизмом амнестический синдром. Его главный признак — фиксационная амнезия в виде неспособности больного удерживать в памяти поступающую информацию о текущих событиях. Наличие у подэкспертного амнестического синдрома свидетельствует о его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими при совершении каких-либо юридических сделок. Такого рода заключение правомерно не только при наличии у подэкспертного в период совершения сделки классического корсаковского психоза, но и при более легком амнестическом синдроме с не столь грубыми и необратимыми, как при корсаковском психозе, расстройствами памяти (т. и. корсаковоподобные состояния). Эти состояния могут наблюдаться у больных алкоголизмом на II и III стадиях течения заболевания, а также в конце запоев.

При заканчивающемся запое признаки опьянения легкой или средней степени выраженности сочетаются с абстинентными расстройствами, что может затруднять диагностику проявлений фиксационной амнезии, если она имеется. Это связано с тем, что в состоянии алкогольного опьянения может нарушаться непосредственное запоминание, а абстинентные нарушения могут влиять на мнестические функции из-за возникающих в структуре абстинентного синдрома затруднений при концентрации внимания. В этих состояниях затрудняется оценка ситуации в целом, что обусловливает недостаточную ориентировку в окружающем, нарушает оценку воспринимаемых образов, снижает способности к самоконтролю, искажает волевые усилия и выбор продуктивных и адекватных способов достижения цели.

В то же время лица в состоянии алкогольного опьянения легкой степени, сочетающегося с абстинентными расстройствами, обычно ориентированы в месте пребывания, их поведение адекватно ситуации, они могут совершать довольно сложные действия, связанные, например, с процедурой заключения сделки. При этом они проявляют беспечность, беззаботность, иногда — благодушие и эйфорию. После совершенной сделки эти лица могут амнезировать большую часть происшедших событий, хотя общий смысл бывшей процедуры какое-то время способны удерживать в памяти. Наблюдающееся при этом грубое несоответствие тяжести имеющихся у подэкспертного в период совершения сделки проявлений опьянения и абстинентного синдрома, с одной стороны, и расстройств памяти — с другой, позволяет констатировать наличие амнестических нарушений.

При выявлении корсаковского или «корсаковоподобного» состояния нельзя забывать о сопутствующих им периферических неврологических расстройствах в форме полиневрита или полиневропатии. В этих случаях обнаруживаются снижение рефлексов

(особенно ахилловых), атрофия мышц ног, отвисание стоп вплоть до вялых параличей. Возможны и центральные неврологические расстройства с глазодвигательными симптомами, пирамидными знаками, мозжечковыми и другими расстройствами.

Достаточно сложна диагностика у больных алкоголизмом «другого стойкого когнитивного расстройства» (шифр Fix.74 по МКБ-10), что может проявляться более легкой и более тяжелой степенью выраженности.

Когнитивные расстройства в легкой степени выраженности наблюдаются улиц на 1 и II стадиях алкогольной зависимости и рассматриваются обычно в рамках типично алкогольных изменений личности, церебрастении, неврозо- и психопатоподобных расстройств, различных вариантов заострения или патологического развития личности. При этом у больных выявляются незначительные или умеренно выраженные интеллектуально-мнестические нарушения с конкретным и обстоятельным мышлением, недостаточной способностью к абстрагированию, шаблонностью и склонностью к рутине в профессиональной деятельности, невозможностью приобретать новые знания и навыки, сужением круга интересов, утратой бывших ранее увлечений. Все это, однако, не лишает этих лиц способности понимать значение своих действий или руководить ими.

Когнитивные расстройства более тяжелой степени выраженности обнаруживается чаще на отдаленных этапах течения алкоголизма. Такого рода расстройства приводятся обычно в рамках алкогольной деградации, органического снижения личности, алкогольной энцефалопатии и т. д. У больных обнаруживается выраженный интеллектуальный дефект в виде обеднения восприятия окружающего, затруднения при анализе получаемых впечатлений, неспособности отделять главное от второстепенного. Мышление характеризуется замедленностью, торпидностью, суждения — примитивностью. Больные не могут понять тонкий смысл складывающихся ситуаций, реально оценивать свое положение в обществе, совершают бестактные поступки. Отмечается выраженное снижение памяти, в особенности на недавно произошедшие события. Мнестические нарушения не достигают, однако, степени фиксационной амнезии. Характерны также грубые эмоционально-волевые нарушения в виде возбудимости, импульсивности, недержания аффекта. При этом больные не способны контролировать свои эмоции даже в ответственных для них ситуациях. Обычно обнаруживаются резко выраженная истощаемость, неспособность к концентрации внимания, затруднения при выполнении любой сколько-нибудь сложной и ответственной работы. Эти больные вялы, пассивны, апатичны, их интересы обычно сосредоточены лишь на физиологических потребностях. Возможны и другие психоорганические проявления: непереносимость жары, психосенсорные расстройства, пароксизмальные состояния.

Эти нарушения психики обычно сочетаются с рассеянной неврологической микросимптоматикой, признаками полиневрита, хотя последние более характерны для амнестического синдрома.

При выраженном когнитивном расстройстве особенно заметны явления социальной деградации. Больные либо вообще теряют работу, либо способны выполнять только самые простые производственные обязанности. На этом этапе болезни они обычно теряют семью, проживают вне брака (хотя при особо благоприятном отношении со стороны близких семейные отношения могут сохраняться). В быту эти лица беспомощны, неряшливы, склонны к иждивенческому типу отношений с окружающими, хотя способность к элементарному самообслуживанию все же сохраняется. Однако серьезные житейские проблемы они, как правило, решить не могут. Поэтому наличие у подэкспертных когнитивных нарушений тяжелой степени лишает их способности понимать значение своих действий или руководить ими.

На III стадии алкоголизма аффективные и волевые нарушения приобретают еще более выраженные формы. На первый план выступают проявления «этической деменции», одновременно становятся более заметными психические изменения по органическому типу вследствие токсической энцефалопатии с грубыми нарушениями памяти, мышления, расстройством концентрации внимания, резким снижением умственной работоспособности, критических и прогностических функций. В этих случаях обычно диагностируется состояние деменции, по существу являющееся завершающим этапом развития приведенного когнитивного нарушения, когда интеллектуально-мнестические и эмоционально-волевые расстройства достигают своего максимума. Мышление распадается, больные становятся пассивными и апатичными, неспособными работать и обслуживать себя в быту. При выявлении у больного признаков деменции вопрос о применении к немуст. 177 ГК РФ всегда решается положительно.

Статья 177 ГК РФ может быть применена и по отношению к наркологическим больным, при совершении юридической сделки находившимся в психотическом состоянии.

28.2. Судебно-психиатрическая экспертиза при сексуальных аддикциях (парафилиях)

Современные подходы к парафилиям (нарушениям сексуального предпочтения) заложены в 1980 г. DSM-III, определившей их как *необычные или причудливые образы или действия, которые могут быть настойчиво и непроизвольно повторяемыми и обычно включают в качестве наиболее предпочтительного для сексуального удовлетворения нечеловеческий объект, повторяющуюся активность с людьми, подразумевающую реальное или изображаемое страдание или унижение, или повторяющиеся сексуальные действия с партнерами без их согласия.*

В DSM-III-R общими для всех парафилий были критерии их тяжести, подразделявшейся на три степени: 1) легкая: личность испытывает выраженный дистресс от периодических парафильных побуждений, однако никогда не реализует их; 2) средняя: личность изредка реализует парафильные побуждения; 3) тяжелая: личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

Таким образом, степень тяжести парафилий увязывалась с характером соотношения между идеаторной и поведенческой активностью и ставилась в зависимость от способности индивида противостоять беспокоящим его парафильным импульсам. В DSM-IV общими для всех парафилий стали два критерия:

1) существование на протяжении не менее 6 месяцев периодически повторяющихся, интенсивных, сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных побуждений или поведения;
2) фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывают клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Здесь оба компонента клинической картины парафилий — идеаторный и собственно поведенческий — уравнены в своей клинической значимости.

Необходимо учитывать *коморбидность* парафилий: отмечается, например, их связь с другими нарушениями контроля импульса (расстройствами влечения в традиционном понимании), другими формами аддикции (Borrego, 1995) и обсессивно-компульсивными расстройствами (Pearson, 1990). E. Coleman (1990) говорил также о связи компульсивного сексуального поведения с генерализованными тревожными расстройствами и дистимиями. К тому же патологическое состояние может соответствовать диагностичес-

ким критериям сразу нескольких категорий, неслучайно в отношении парафилий давно дискутируется вопрос о возможности применения к ним в некоторых случаях категорий обсессивно-компульсивного расстройства и расстройства контроля импульса (McElroy etal., 1992).

С одной стороны, парафилий есть самостоятельная группа психических расстройств в рамках «Расстройств зрелой личности и поведения» (F65). С другой — те же парафилий в некоторых ситуациях теряют свою клиническую самостоятельность, рассматриваясь в качестве отдельных симптомов других психических расстройств самого разного ранга. Наиболее показательны в этом смысле диагностические указания к рубрике F07 «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга», среди которых дважды упоминаются расстройства сексуального поведения (предъявление неадекватных сексуальных притязаний без учета последствий или социальных условностей, гипосексуапьность или изменение сексуального предпочтения). Притом говорится, что для установления достоверного диагноза требуется не более двух подобных признаков в дополнение к анамнестическим данным или другим свидетельствам дисфункции головного мозга, клиническая картина органического расстройства личности (например, личностного синдрома лимбической эпилепсии) формально может исчерпываться проявлениями аномальной сексуальности.

Наличие обсессивных мыслей «без внутреннего сопротивления» с сексуальным или агрессивным содержанием рассматривается как отдельный диагностический критерий шизотипического расстройства (F21). Наконец, по соседству с парафилиями располагается «Эмоционально лабильное расстройство личности» (F60.3), диагностическим критерием пограничного типа которого является «расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные)».

Таким образом, парафилий могут рассматриваться как составная часть некоего психического расстройства, так и приобретать значение расстройства самостоятельного, выступая в роли особого медицинского критерия невменяемости (ограниченной вменяемости). Современные представления отметают прежнее понимание сексуальных перверсий как лишенных психопатологического своеобразия состояний, доказывая существование парафилий как сложных клинических образований, характеризующихся, подобно иным видам психической патологии, различной степенью нарушения и аффективной, и когнитивной сферы психики.

Выявляемые улице парафилиями клинико-психопатологические расстройства создают возможность их сопоставления с составляющими юридической формулы невменяемости:

1. Интеллектуальный критерий: 1) *осознавание фактического характера действий* — искажения сознания, выявляющиеся на разных этапах развертывания аномального поведения; 2) *осознавание общественной опасности действий* — степень усвоения или искаженное усвоение норм поведения, затрагивающих сексуальную активность. Недостаточная интериоризация этих норм может быть следствием особых вариантов дизонтогенетического развития, приводящих к обучению нестандартным формам сексуального поведения без понимания их несоответствия общепринятым.

2. Волевой критерий: *способность руководить действиями* — первостепенное значение здесь имеет клиническая квалификация парафилий как эго-дистонических или эго-синтонических, а также выделение аномальных механизмов регуляции поведения.

28.2.1. Расстройства сознания при аномальном сексуальном поведении

На возможность изменения сознания при парафильных реализациях указывал еще Р. Крафт-Эбинг (1898). Так, приводя историю больного Верцени, прибегавшего к садистически-гомицидным актам, сопровождавшимся антропофагией, он писал, что тот «при совершении своих преступлений не сознавал, что вокруг него делается». Р. Крафт-Эбинг (1898) предполагал, что это, очевидно, было связано с «прекращением апперцепции и инстинктивности действий, обусловленных чрезмерным половым возбуждением». Наиболее известны случаи сочетания девиантной сексуальной активности с пароксизмальными состояниями при эпилепсии. Еще Е. С. Lasegue(1877), М. Freyer(1890) отметили случаи сочетания эпилептических припадков с эксгибиционизмом. Л. А. Эпштейн (1928) приводил наблюдения эпилептических психозов, когда в клинической картине преобладают «психоцеребральные симптомы», включающие элементарные автоматизмы в виде кусания, щипания, плевков, стремления обнажаться, что сопровождается сексуальным возбуждением. К автоматизмам «болезненного» сна он относил, наравне с сомнамбулизмом и ночными пароксизмами, также сексуальное возбуждение, мастурбацию, квитирование, создающие у наблюдателя видимость произвольных и сознательных действий с последующей их полной амнезией.

Девиантная сексуальная активность при височной эпилепсии может входить в структуру эпиприпадка и носить характер автоматизмов. Так, W. Mitchell et al. (1954) наблюдали случай своеобразного фетишизма, когда припадок развивался при взгляде на английскую булавку, при этом больной совершал чмокающие движения губами и нередко испытывал оргазм. В рамках психомоторного припадка были описаны случаи эякуляции (Niedermeyer, 1957), сексуального возбуждения с соответствующими генитальными ощущениями (Bente, Kluge, 1953; Reethetal., 1958; Freemon, Nevis, 1969), автоматизмы, «симулировавшие» картину эксгибиционизма (Hooshmand, Brayley, 1969), педофильные действия (Хаит, 1979).

Н. Gastaut, Н. Coliomb (1954) квалифицировали эксгибиционистский акт не только как фазу психомоторного припадка, но и наблюдали случаи постиктального сексуального возбуждения при височной эпилепсии, сопровождавшегося непристойным поведением, эксгибиционизмом или сексуальным насилием. Поскольку такие акты в постприступном состоянии не повторялись, причину их возникновения видели в утрате моральных ограничений, вызванной постприступным помрачением сознания. D. Blumer, A. E. Walker (1967,1969,1975) характерным для интериктального периода эпилепсии считали появление перверсных актов в виде гомосексуализма, фетишизма, трансвестизма, а для постиктального — эксгибиционизма.

J. W. Mohr et al. (1964), анализируя случаи эксгибиционизма у больных эпилепсией, не подвергали сомнению сочетание сексуального возбуждения, автоматизированных действий и помрачения сознания. Фиксировались эпилептические эквиваленты в виде сумеречных состояний с автоматизмами, приводящие к внезапному сексуальному побуждению или к самоубийству, а правонарушения в виде полового насилия, эксгибиционизма чаще совершались после сумеречных состояний (Скрипкару, Пирожинский, 1969).

Связь девиантной сексуальной активности с поражением височной доли подтверждается и фактами пароксизмальной гиперсексуальности в момент психомоторного припадка при опухолях височных долей (Bente, Kluge, 1953; Reethetal., 1958; Lachner, 1959: Parigi, 1964), исчезновения перверсии после односторонней височной лобэктомии (Jones.

Frei, 1979). Неоднократно подчеркивалась тесная связь повреждения лимбической системы (связанной с сексуальной чувствительностью) с аномальным сексуальным поведением (Kolarsky, 1967;Blumer, 1969; Jones, Frei, 1979; Ellison, 1982;Теминссоавт.. 1988). Так, отмечались перверсные формы сексуальности при повреждении миндалевидного комплекса, отвечающего за интеграцию эмоциональных выражений, характерных для сексуальной мотивации (Pillery, 1966), синдром, включающий гиперсексуальность, повышенную оральность, психическую агнозию при поражении височной доли и лимбических структур (гиппокампа, миндалины) (Kluver, Busy, 1939; Marlowe et al., 1975), случаи эксгибиционизма и других форм патологии сферы инстинктов и влечений при поражении стриопаллидарной и лимбической системы (Ачкова, Терзиев, 1987), появление сексуальной агрессии при повреждении лимбических структур височных долей (Garza-Trevino, 1994). S. Spenser (1983) замечал, что наличие сексуальной ауры с оргазмом чаще встречается при локализации эпилептогенного очага в лимбической системе передних височных отделов. Он же при обследовании больных с лобной эпилепсией отметил, что у них наряду с полиморфными пароксизмами наблюдаются приступы эксгибиционизма. Автор делал вывод, что при сексуальных автоматизмах эпилептогенный очаг чаще локализуется в лимбическом отделе лобных долей.

Особое место занимает сочетание пароксизмальных эпилептических состояний и оргазмоподобных переживаний. Проведенные исследования биоэлектрического потенциала коры головного мозга (Mosovich, Taliaferro, 1954) подтвердили сходство между электрическими разрядами во время эпилептического припадка и разрядами во время оргазма, что говорит об одних и тех же механизмах их возникновения, независимо от различия вызвавших их причин. Некоторые исследователи наблюдали случаи, когда оргазм вызывал эпилептический припадок. D. Blumer, A. E. Walker(1975) отмечали, что сексуальное возбуждение может быть результатом пароксизмального разряда или следовать за клиническим припадком, случаи, когда реализация сексуальной активности провоцировала припадок, причем передавал роль «запускающего» фактора эмоциям, связанным с сексуальным поведением.

Л. О. Бадалян с соавт. (1996) считают, что общим для сексуальных пароксизмов является возникновение во время приступа сексуальных переживаний, мыслей, ощущений, действий. Ими описаны не только пароксизмальные состояния, вызывающие сексуальные эксцессы, но и состояния с противоположной зависимостью, когда переживания сексуального характера могут провоцировать возникновение пароксизма. Так, к последним они относят *оргазмолепсию* — эпилептические приступы в момент коитального оргазма, когда начало оргастических ощущений знаменует выключение сознания. К простым парциальным приступам авторы причисляют эпилептические приступы оргазма, приводя такие их отличия от физиологического оргазма, как возможность ощущения их больным локально, возникновение при отсутствии сексуальной стимуляции, невозможность подавления волевым усилием, нередкость сочетания с другими эпилептическими феноменами: судорожными и абдоминальными приступами, психосенсорными припадками. Чаще они возникают в самом начале приступа, могут сопровождаться движениями тела, сходными с таковыми при коитусе, при этом возможны утрата сознания и появление судорог по мере развития приступа, что свидетельствует о вторичной генерализации. Ведущая роль в генезе этих приступов придается опухолям височных долей правого полушария. По мнению R. Ruth (1980), оргастические приступы возникают при локализации патологического очага в субдоминантном полушарии головного мозга. G. M. Remillard et al. (1983) отмечали, что эпилептические приступы оргазма не наступают до периода половой зрелости, а оргазм при таких приступах не является первым в

жизни больного. В связи с этим Л. О. Бадалян с соавт. (1996) делают предположение, что в восприятии оргазма во время приступа играет роль память об ощущениях, возникающих при физиологическом оргазме. В отличие от женщин, у мужчин эпилептические приступы обычно протекают либо с эрекцией и эякуляцией, либо только с одним из этих компонентов и часто сопровождаются сексуальными автоматизмами в сумеречном состоянии сознания: эксгибиционизмом, мастурбацией, развратными действиями. Эпилептические сексуальные автоматизмы могут также быть и единственными проявлениями височного пароксизма в виде сумеречного помрачения сознания как эквивалента эпиприпадка, когда они не сопровождаются эротическими ощущениями, причем в этих случаях отсутствуют объективные признаки возбуждения (эрекция, эякуляция). Такие сексуальные автоматизмы рассматриваются М. М. Одинак, Д. Е. Дыскиным (1997) в одном ряду с иными автоматизмами: мимическими, речевыми, оральными, амбулаторными и т. д.

А. Н. Лачкепиани (1990), причисляя пароксизмы гиперсексуальности при височной эпилепсии к таким редким эпилептическим феноменам, как синдром Эббеке, «множественная личность» и «личностная и поведенческая диссоциация», проводит сравнение между их проявлениями у детей и взрослых. В качестве иллюстрации он приводит наблюдение пароксизма мастурбации, когда у больного с периодичностью раз в неделю возникали периоды сексуального возбуждения, выражающиеся в ощущении, что по «височно-лобной области внутри черепа проходит теплая приятная волна», после чего появлялась потребность в разговоре на эротические темы с незнакомыми девушками, а оргазм достигался путем мастурбации. При отсутствии амнезии отмечалась неспособность «воспрепятствовать ходу» приступа. Подчеркивается более сложный характер приступа у взрослых, поскольку он осуществляется при участии высших психических процессов, когда есть мотивированность эмоций, но с характерным переходным режимом работы мозга в период припадка, и, хотя первоначально возникновение гиперсексуального состояния всецело обусловлено активностью эпилептического очага, в дальнейшем, на фоне измененного сознания, включаются механизмы самораздражения.

Состояния нарушенного сознания, когда имеют место девиантные сексуальные проявления, не исчерпываются эпилептическими пароксизмами. Так, Дежерин, останавливаясь на значении «истерического сна» для судебной психиатрии, указывал как на установленный факт, что в этом состоянии возможно изнасилование. Зингер и Фишер раздельно друг от друга привели наблюдения нарколептических припадков во время полового акта, отмечая идиопатический характер этих психопатологических феноменов (цит. по: Эпштейн, 1928). Среди характерных для поражения лобно-базальной коры проявлений А. С. Шмарьян (1949) называл судорожные состояния, сопровождающиеся приступами резкого аффективного и сексуального возбуждения с эксгибиционизмом и «страстными позами» на фоне резких головных болей и хватательными движениями с последующим переходом в тонические судороги и длительный сон. Он также указывал, что нередко при базально-лобно-стволовых поражениях наблюдаются сумеречные состояния сознания с резким расторможением инстинктов и влечений, особенно полового, с выраженным приапизмом. Иногда в таких состояниях больные совершают насилие с непреодолимыми извращенными влечениями (педофилическими, гомосексуальными, содомическими) с последующей полной или частичной амнезией.

К. Г. Дорофеенко (1979) показал, что парафильный акт при гипоталамическом синдроме часто протекает на фоне измененного сознания, проявляющегося то в виде оглушенности, то в виде «ориентированных» расстройств сознания. Девиантные сексуальные действия сочетались с диэнцефальными кризами различно: в одних случаях чередо-

вались с ними, в других — служили их началом, в третьих — входили в структуру криза и представляли собой как бы отдельный его симптом. Диэнцефальным кризам отводится роль предрасполагающего фактора для реализации парафильной активности по типу т. н. фиксированных влечений, причем парафильные акты — эксгибиционистский, садистический, вуайеристский, полиморфный — преобладали над несексуальными расстройствами влечений. Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко(1992) наблюдали эксгибиционистские акты при гипоталамическом синдроме, когда нарушение сознания носит «мерцающий» характер и сочетается с вегетативной симптоматикой. По их данным, у некоторых лиц наблюдались состояния, сопровождающиеся психопатологическими проявлениями в виде нарушений восприятия с дереализационными элементами, гипер- и гипостезиями, парестезиями различных модальностей, частичной дезориентировкой в пространстве, времени и в собственной личности в виде деперсонализационных состояний с ощущением измененности, отчужденности, насильственности своих действий, мыслей, чувств, с последующей амнезией в виде переходов от четкого понимания содеянного до полного запамятования.

По мнению H. Mester (1984), ссылки на взаимосвязь эпилепсии и эксгибиционизма исходят из эпизодического характера последнего, его импульсивности, а также — наличия эксцессивного возбуждения во время самого акта, когда может возникать помрачение сознания. Среди наблюдений R. Hunter et al. (1973) были случаи длительного трансвестизма и фетишизма, задолго предшествовавшие эпилептическим припадкам у мужчины, страдающего височной эпилепсией. Согласно J. Money (1990), парафилии у некоторых больных не просто сосуществуют с височной эпилепсией (в виде двойного диагноза), но между эпизодическими приступами сексуального поведения и эпилептическими припадками бессудорожного типа имеется сходство. Отмечается (Hooshmand et al., 1969; Hoenig et al., 1979; Ткаченко с соавт., 1999), что у больных с сексуальными пароксизмами могут наблюдаться парафильные нарушения в виде эксгибиционизма, трансвестизма, фетишизма, садизма и в межприступном периоде, протекая на фоне формально сохранного сознания. Кроме того, К. Имелинский (1986) обращал внимание на то, что само по себе сильное сексуальное возбуждение вызывает сужение поля сознания и снижение чувствительности рецепторов и органов чувств, а в работах, посвященных исследованию речевых, поведенческих и других характеризующих состояние сознания показателей, половой акт предлагается рассматривать в качестве модели для изучения состояния измененного сознания (Спивак, 1989). Таким образом, во-первых, установление пароксизмального состояния не исключает диагноза парафилии, а во-вторых, само по себе парафильное влечение может сочетаться с нарушением сознания непароксизмальной природы.

Э. Н. Разумовская (1935,1938) в рамках исключительных состояний приводила случаи импульсивного воровства у фетишиста, сопровождавшиеся сексуальным возбуждением, изменением сознания, преимущественно аффективно суженным, «пробелами» воспоминаний, неосознанностью совершаемых действий, имеющих автоматический характер. Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко (1992) при описании импульсивного эксгибиционизма отмечали, что непосредственно перед его реализацией наблюдалось резкое изменение психического состояния с появлением чувства безысходности, отрешенности и безразличия к окружающему, собственные поступки воспринимались как не зависящие от воли, производящиеся машинально, что сопровождалось такими признаками нарушения сознания, как нечеткость восприятия окружающего, обращенной к больному речи и элементами дезориентировки. После выхода из этого состояния отмечался некоторый период неясного сознания с затруднением контакта, растерянностью,

нецеленаправленностью и непоследовательностью поступков, а также частичная, а нередко и полная амнезия случившегося. Авторы указывали и на возможность искажения сознания при компульсивной реализации влечения, в частности, на определенном этапе динамики парафилий. Они отмечали, что предшествующая реализации борьба мотивов сопровождается нарастанием напряженности, раздражительности, а сдерживание возникшего влечения приводит к усилению эмоционального напряжения, увеличению интенсивности побуждения, в результате чего реализация уже неподвластного индивиду желания происходила на фоне суженного сознания с искажением восприятия окружающего, с последующим появлением субъективного чувства облегчения и парциальной амнезии некоторых этапов девиантного акта, чаще следующих за обнажением.

А. Я. Перехов (1995), исследующий феноменологию компульсивного влечения при фетишном трансвестизме, указывает, что у больных в состоянии кроссдрессинга сознание, заполненное главенствующими устремлениями, сужается, внимание полностью концентрируется на деятельности и получении психотропного эффекта, не ощущается течение времени, частично игнорируется окружающая реальность, из-за чего не замечается появление свидетелей, не воспринимаются посторонние звуки. В последующем же отмечается частичность, фрагментарность воспоминаний относительно того, что не имело прямого отношения к кроссдрессингу, наряду с четким, «облегченным» всплы-ванием в памяти воспоминаний, касающихся мельчайших характеристик и признаков одежды, тактильных ощущений, цвета и запаха косметики и т. д., что объясняется автором избирательной активацией памяти к воспоминаниям кататимного аномального сексуального содержания.

P. Snaith (1983) и К. Имелинский (1986) отмечают, что реализация девиантного сексу-ального влечения может сопровождаться психогенным сужением поля сознания. D. Burget, J. V. W. Bradford (1995) высказывалось предположение, что среди сексуальных правонарушителей, частично или полностью амнезировавших период деяния, определенный процент занимают лица с органическими и психогенными диссоциативными расстройствами, что позволило ввести специальный термин для их обозначения — «па-рафилические фуги» (Money, 1992), характеризующий внешне целенаправленное поведение при его действительной непроизвольности. Эти состояния рассматриваются, с одной стороны, как близкие к психомоторным припадкам, с другой — в одном ряду с диссоциативными расстройствами. А. А. Ткаченко с соавт. (1997) отмечают, что пара-фильные акты часто сопровождаются речевыми и моторными автоматизмами, расхождением психосенсорных и психомоторных компонентов поведения, аффективными нарушениями, диссоциацией между субъективными переживаниями и психофизиологическими проявлениями, амфитимическими состояниями, утратой эмпатического восприятия в состоянии измененного сознания.

Согласно Е. Ю. Яковлевой (2001), у лиц с парафилиями кратковременные расстройства наиболее часто отвечают критериям «Органического диссоциативного расстройства» (F06.5) и представлены трансами, квалифицируемыми в соответствии с F44.3 («Трансы и состояния овладения»), а также пунктом F44.7 («Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства»), предполагающим кодировку состояний с различными сочетаниями нарушений сенсорной, моторной, мнестической сфер, нарушениями личностной идентичности. У испытуемых без парафилий отмечалось преобладание диагностики сумеречных состояний как органического, так и конверсионного генезов, квалифицируемых в соответствии с критериями подрубрики F44.88 — «Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства (включая психогенные сумеречные состояния)».

28.2.2. Расстройства самосознания при аномальном сексуальном поведении

При экспертной оценке парафилий необходимо рассмотрение «информационных объектов», имеющих отношение к психосексуальности: полового самосознания, полоролевой Я-концепции как относительно устойчивых представлений индивида о самом себе, о полоролевых стереотипах поведения с возможностью отклонения от них за счет сниженного эмоционального к ним отношения или же за счет их искаженности или недифференцированности. Я-концепция включает в себя оценочный аспект самосознания, неразрывно связанный с понятием критичности.

При аномалиях сексуального влечения выявлены структурные и содержательные *нарушения половой идентичности:* ее фемининность, идентификация с женскими полоролевыми стереотипами, недостаточная эмоциональная усвоенность мужской половой роли (формальность представлений об образе мужчины, расхождение полоролевых предпочтений и полоролевых стереотипов), недифференцированность паттернов полоролевого поведения по маскулинности. Указанные особенности могут отражать и более ранние нарушения целостного самосознания, приводящие к диффузности, текучести «Я» (Дворянчиков, Герасимов, Ткаченко, 1997; Дворянчиков, Ткаченко, 1998).

Эффективность участия Я-концепции в саморегуляции определяется следующими условиями: необходимо достаточно четкое осознание актуального образа «Я», осознание образа желаемого «Я», эти образы должны быть сопоставимы, т. е. должна иметься возможность для их сравнения и осознания рассогласования, что и обусловливает в конечном счете саморегуляцию. Поэтому недостаточная четкость осознания образа «Я» подразумевает потенциальную возможность нарушений саморегуляции.

Дисгармоничная полоролевая социализация отражает недостаточно полимотивированный характер сексуального поведения и, как следствие, слабую его опосредованность. Так, формальность и атрибутивность представлений о половой роли может ограничивать мотивацию сексуального поведения и, таким образом, сексуальная деятельность из полимотивированной и опосредованной становится мономотивированной, приобретая более упрощенный и свернутый характер. Нарушения усвоенности половой роли могут отражаться на упрощении структуры сексуальных сценариев, обусловливая их стереотипизацию и ригидность.

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной) целью, возможно сознательное управление ею (Коченов, 1980; Зейгарник, 1986). М. И. Бобнева (1975) отмечала, что, будучи усвоенными, интериоризированными, превратившись в факторы внутреннего мира человека, социальные нормы воздействуют на поведение через систему внутренних факторов регуляции — самосознание, самооценку, мотивационную систему, т. е. становятся собственно личностными факторами регуляции поведения. При слабой интериоризации или сознательном игнорировании социальных норм они, как правило, представлены в сознании в виде формально знаемых мотивов, не оказывая в большинстве случаев регулятивного воздействия на поведение. 3. Старович (1993) указывает, что частой причиной сексуальных расстройств становятся нарушения межличностной коммуникации. Сосредоточение внимания в основном на собственной личности приводит к снижению интереса к личности партнера, нарушению восприятия, отсутствию внимания к содержанию контактов, специфическому формированию метакоммуникации. Речь идет о снижении количества метакоммуникантов (незнание языка общения, нарастающее чувство непонимания) или, наоборот, об их чрезмерном увеличении (с целью манипулирования партнером), а так-

же — о создании неприемлемых метакоммуникантов (откладывание обсуждения возникших проблем, пренебрежение необходимостью диалога).

При описании субъективной феноменологии парафилий можно говорить не только о нарушениях осознавания себя (субъекта), но и окружающей реальности, частью которой является объект действия. *Образ сексуального партнера* — один из важнейших факторов, определяющих формирование сексуальных девиаций, поскольку в конечном итоге служит результирующим формирования самосознания и полоролевых стереотипов.

W. L. Marshall etal. (1995) предлагают поэтапную модель процесса эмпатии. Эмпатический ответ сексуальных правонарушителей может варьировать как функция ситуации, характеристик жертвы и последующих попыток рационализации социально недопустимого поведения. Стадия узнавания эмоции (различение эмоционального состояния другого) — предпосылка к последующим стадиям. То есть, чтобы понять эмоциональное состояние другого, нужно сначала узнать эмоцию. Второй этап — оценка перспективы — включает помещение себя непосредственно в положение другого и прочувствование ситуации с его точки зрения. Насильники часто неспособны оценивать состояние жертвы и поэтому продолжают нападение. Третья стадия — эмоциональный ответ — вовлекает переживание, прочувствование той же самой эмоции. Сексуальные насильники могут быть особенно несовершенны в этой области из-за ограниченного эмоционального репертуара. Наконец, ответное решение подразумевает выбор поведения на основе информации, собранной на предыдущих стадиях эмпатического процесса. Предполагается, что сексуальные преступники могут быть успешными на первых трех этапах эмпатического процесса, но все еще продолжать агрессивные действия, что отражает недостаток в способности принятия решения.

При исследовании восприятия жертв насильниками и педофилами-инцестниками (Phelen, 1995) оказалось, что правонарушитель часто погружен в себя, он извращает реакции жертвы в предвкушающе-последовательной манере, ожидая от нее желания и наслаждения от столкновения, что отражает неспособность компетентно оценивать состояние другого человека. J. F. Porter и J. W. Critelli (1994) ближе всего подошли к исследованию четвертого шага в процессе эмпатии, установив, что несексуально агрессивные мужчины использовали более запрещающий диалог с собой при прослушивании аудиозаписей моделируемого насилия по сравнению с оценивающими себя как сексуально высоко агрессивных.

Нет сомнений в том, что различные когнитивные процессы (неадекватные ожидания и искаженные когнитивные схемы) играют важную роль в возникновении сексуального насилия, хотя ведутся серьезные споры относительно того, относятся ли эти когнитивные аспекты к предикторам деликта или стратегиям поддержания чувства собственного достоинства после него. Дня большинства могут быть истинными оба эти положения; в любом случае обе эти проблемы существенно затрагивают социальную компетентность. Когнитивные искажения определены как последовательные ошибки в мышлении, происходящие автоматически. Эти конструкты рассматривались как причинно связанные с этиологией и обеспечением дисфорических состояний, депрессии и тревожности (Beck, 1995). Применительно к сексуальным правонарушителям, с одной стороны, когнитивные искажения «относятся к самоутверждениям, которые позволяют отрицать, минимизировать, оправдывать или рационализировать свое поведение» (Murphy, 1990), с другой стороны, стабильные паттерны искаженного мышления и восприятия могут быть причиной сексуального криминала. Эти модели говорят о важности рассмотрения когнитивных переменных при оценке сексуального преступления.

Ожидания сексуальных правонарушителей и их отношение к женщинам и детям обычно традиционны и консервативны (Howells, Wright, 1978), согласуясь с неукоснительным поддержанием представлений о сексуальных правах мужчин (Hanson, Gizzarelli, Scott, 1994). G. G. Abel с соавт. (1984,1989) отметили более определенно, что, по крайней мере, педофилы имеют ожидания, узаконивающие сексуальную активность с детьми, они описывают детей в сексуальных терминах как желающих близости, не получающих вреда от сексуального контакта со взрослым (Hanson и др., 1994; Hayashino, Wurtele, Klebe, 1995). 3. Старович (1991) отмечал, что многие гетеросексуальные педофилы при просмотре фотографий с изображением девочек усматривают в их поведении черты взрослого сексуального кокетства, и даже типичная детская мимика воспринимается ими в том же ключе. Автор указывает, что к важнейшим причинам развития партнерской патологии в сфере сексуальности наряду с нарушениями межличностной коммуникации относится перенесение на партнера или связь с ним механизмов отношений из периода детства. И. А. Кудрявцев, Е. Г. Дозорцева, М. Б. Симоненкова (1991) показали нечеткость и слабую дифференцированность смыслового восприятия пола улице искажениями психосексуальных ориентации. Отмечена нечеткость восприятия половозрастных особенностей объекта сексуального влечения у испытуемых с педофилией, что проявляется в приписывании ребенку качеств взрослого, а также — установление ассоциативных связей между понятиями «Я» и «ребенок». Формальность восприятия возрастных особенностей ребенка проявляется при выполнении рисуночных методик: изображая ребенка, педофилы часто рисуют его с игрушкой, бантиками и т. д., т. е. подчеркивая тем самым, за счет внешних атрибутов, его возраст (Дворянчиков, Герасимов, Ткаченко 1997).

Связанные с полом ожидания сцеплены с другими, семантически близкими представлениями, особенно касающимися агрессии и господства. Например, есть связь между принятием насилия вообще и сообщенной готовностью к изнасилованию (Malamuth, 1981), так же как и представлениями о полоролевых стереотипах (Check, Malamuth, 1983). J. B. Prуоги L. M. Stoller (1994) рассказали о связи между полоролевыми стереотипами, социальной доминантностью и сообщенной вероятностью изнасилования. Ограниченное знание последствий сексуального нападения, которое может быть связано с недостатком сочувствия к жертвам, связано со склонностью к изнасилованию (Hamilton, Yee, 1990).

Сексуальные правонарушители интерпретируют сексуальную информацию обычно в совместимой с их основными представлениями манере, что связано с последующим сексуальным возбуждением. W. D. Murphy (1990) приводит три типа подобных процессов: оправдание действий в терминах этики или психологической потребности, минимизация вреда или снятие ответственности за последствия и, наконец, перемещение ответственности с себя на жертву. T. Ward с соавт. (1998) при анализе рассказов осужденных педофилов идентифицировали множество отличительных познавательных действий, отдельных от содержания, — описание, объяснение, интерпретация, оценка, отрицание, минимизация и планирование, т. е. это разнообразные когнитивные действия, связанные с различными стадиями процесса аномальной активности. Например, оценка происходит после сексуального преступления. Таким образом сексуальные правонарушители используют специфические стили обработки информации, делая причинные приписывания и суждения, что впоследствии обеспечивает искажение воспоминаний, служащих укреплению прежних представлений.

Обычно социально неуместное поведение приводит к переживанию негативных эмоций типа вины или стыда. Опыт отрицательного эмоционального состояния привел

бы поэтому к прекращению поведения. Однако когнитивные нарушения приостанавливают процесс саморегуляции, в результате чего аномальное поведение может осуществляться без отрицательных эмоциональных реакций. Сексуальные правонарушители характерно приостанавливают саморегулирование и в результате демонстрируют недостаток опыта эмоциональной несовместимости (инконгруэнтности). T. Ward et al. (1995) отмечают «дефицитарность эмоционального реагирования, неадаптивность регуляции поведения и навыков разрешения проблем» в качестве потенциальных последствий когнитивного разрушения.

Процесс когнитивного разрушения определяет перемещение центра внимания от абстрактных, сжатых, более высоких уровней обработки к конкретным, нижележащим уровням. Поскольку внимание ограничено более низкими уровнями обработки, когнитивные процессы более высокого уровня — подобно самооценке — станут отщепляться от поведения. Согласно T. Ward et al. (1995), «в когнитивно нарушенном состоянии самосознание становится более конкретным, сосредотачивается на сенсациях и движении», субъект не оценивает свои ненормативные действия отрицательно. Фактически индивид концентрируется на положительных аспектах действия (например, сексуальном возбуждении, оргазме). Сосредоточение на непосредственных эффектах поведения вызывает отказ рассматривать возможные отрицательные последствия в долгой перспективе (например, судебное преследование, причинение ущерба жертве) и, таким образом, становится путем ухода от отрицательных эмоций.

Дефицит интимности, сочувствия к жертвам и когнитивные искажения часто связывают с происхождением сексуальных аномалий. Важно, что все эти параметры указывают на недостаток понимания ожиданий, желаний, состояний и потребностей других людей. Проблемы сексуальных преступников в этих областях могут рассматриваться как частично являющиеся результатом дефицитарности в одном центральном механизме: способности оценивать психические состояния.

Теория представления относится к способности приписывать психические состояния себе и другим в попытке понять и объяснить поведение (Gopnik, Meltzoff, 1997). Представление является самым важным в социальных взаимодействиях, поскольку в большинстве социальных столкновений создается знание представлений, собственных и чужих, чтобы определить соответствующие направления действия. Это знание часто упоминается как теория представления, функционирующая для объяснения прошлого и прогноза будущего поведения (своего и других). Сексуальные рецидивисты типа педофилов и серийных насильников (Hudson, Ward, Marshall, 1996) демонстрируют дефициты теории представления. Хотя такие дефициты могут быть распространенными и давнишними, они способны проявляться только в сексуальном нападении при некоторых обстоятельствах. Правонарушители могут понимать свою неадекватность или интерпретировать поведение других людей лишь на абстрактном уровне. Они испытывают затруднения при оценке других людей как имеющих весьма различные ожидания и желания и не осознают, что такие психические состояния могут изменяться через какое-то время. Например, насильнику трудно понять, что женщина могла изменить свое мнение, хотя первоначально, казалось, она хотела близости. Обладание непредставительной концепцией желания означает, что он считал бы психическое состояние женщины продолжающимся и непосредственно вызванным ситуацией. Педофил может интерпретировать поведение жертвы как выражение желания секса и ожидания, что секс приемлем или даже расценен жертвой как выгодный.

Особый тип проблемы теории представления сексуальных правонарушителей — зависимый — включает неудачу применения существующей теории к соответствующей

23 Зак. 3806

ситуации. Индивидуум может иметь адекватную теорию психических состояний и обладать способностью приходить к правильным выводам, но по некоторым причинам будет не в силах делать их. Это может обуславливаться воздействием других психологических или физических состояний или мотивационных факторов, например желанием избежать отрицательной самооценки. Среди таких состояний — стресс, сильные отрицательные или положительные эмоции, влияние лекарственных препаратов или других физических факторов. Подобные состояния могут вести к неудачной саморегуляции и, таким образом, к использованию менее сложных теорий представления или более «примитивных» форм, что может быть результатом непосильного познавательного груза и более элементарного кодирования. Сильные положительные эмоциональные эмоции могут также вредить функционированию теории представления и заставлять человека отказываться от использования знания психических состояний других людей в соответствующих контекстах. Сексуальное возбуждение — пример такого положительного эмоционального статуса, которое может сопровождаться неточными приписываниями психических состояний.

Другой тип вызванного состоянием ухудшения касается недостатка мотивации использовать существующее знание относительно психических переживаний или мотивации не применять это знание. Неудача сочувствия жертве или определения своего основного психического состояния вызвана желанием избежать самооценки скорее, чем неспособность понять то, что жертва могла испытать. На одном уровне правонарушитель осознает: то, что он планировал делать или уже сделал, неправильно. Конфликт между его ценностями и его текущим желанием вести себя в сексуально девиантной манере приводит к избеганию самопроверки. Это подобно состоянию когнитивного разрушения, где последствия ухода от отрицательной самооценки могут завершаться примитивным решением проблемы и далее — преступлением (Ward et al., 1997). Если такие индивидуумы продолжают использовать алкоголь или наркотики или неспособны управлять сильным эмоциональным состоянием, подобное ухудшение может происходить повторно.

Патология осознавания объекта выражается в деперсонификации, фетишизации и аутоэротизме, представляющих собой последовательный ряд феноменов отстранения от реального объекта с погружением во внутренний мир девиантных переживаний.

Деперсонификация — феномен, отражающий нарушения в системе субъект-субъектных отношений и определяющий лишение субъективности объекта, чья роль сводится к значению предмета, стимула для воспроизведения особого аффективного состояния либо воображения, реализации внутренних побуждений, связанных с приверженностью к определенным ситуациям. Деперсонификация может расцениваться как минус-феномен («выпадения»), когда восприятие объекта страдает, во-первых, на уровне непосредственной перцепции, во-вторых, на уровне категориального обобщения.

Фетишизация, или символизм, — феномен, отражающий нарушения в системе субъект-объектных отношений и определяющий знаковую самодостаточность предметного выбора, осуществляемого по формальным свойствам объекта: либо чисто внешним, либо с опорой лишь на одно из них, а также использование заместителей, не совпадающих с замещаемыми по функциональным свойствам, но имеющих сходство в физических эффектах при фиксированном манипулировании с ними. При фетишизме осознается само действие релизера как безусловного стимула сексуального возбуждения. Причем осознается как невозможность противостоять ему, так и невозможность рационального объяснения этого факта, что и порождает вторичную эмоциональную амбивалентность. Фетишизацию можно расценивать как плюс-феномен (появление в сознании того, что в норме отсутствует).

Психологический механизм деперсонификации связан с изначальной неспособностью или незрелостью эмпатии, или утерей этой способности в состояниях искаженного сознания. Ее эффекты заключаются в облегчении манипулятивной активности и в возможности в ее ходе использовать объекты для экспериментирования с ними как с носителями определенных качеств. Последние оказываются теснейшим образом связанными с освоением категорий, составляющих суть кризисных периодов становления идентичности и впоследствии становящихся важнейшими конструктами самосознания. Они могут быть представлены в виде следующих оппозиций:

1) *живое—неживое* (лишение признаков жизни). Здесь вполне уместны упоминания об использовании кукол или проституток, изображающих трупы, гомицидном поведении, часто с непониманием факта смерти, некрофильных и некросадистических проявлениях, случаях намеренного приведения жертв в бесчувственное состояние (обездвиженность как особый сексуальный стимул). М. Коул (1997) упоминает исследования новорожденных в возрасте от нескольких часов до двух-четырех месяцев, показывающих присутствие впечатляющего набора врожденных «скелетных» когнитивных структур. Последние включают «протознание» в широком спектре областей, в том числе интенциональности и различении одушевленного и неодушевленного. Эти структуры получили название модулярных направляющих, охватывающих ранние филогенетически заданные когнитивные процессы. Эти процессы организуют интеллектуальное развитие детей вокруг нескольких ключевых онтологических областей, определяющих вид подходящих объектов и способы их действия друг на друга. Таким образом, распознание одушевленных и неодушевленных объектов — одна из первичных способностей, в силу чего ее нарушение (протодиэкризис) будет означать наиболее серьезный когнитивный или эмоциональный дефект;

2) *мужское—женское* (лишение признаков пола). Данная дихотомия определяет саму суть педофилии, поскольку, помимо формального преобладания возрастных искажений, основную роль здесь играет предпочтение объекта, лишенного очевидных половых отличий. Наглядны также случаи предпочтения орально- и анально-генитальных актов (одновременно отражающие установление отношений доминирования и иерархии), выбора гомосексуального объекта, наконец — симптома зеркала, где сходные тенденции прилагаются к собственному телесному облику;

3) *детское—взрослое* (лишение признаков возраста). Нарушение восприятия педофильных объектов, наделяющихся явно несоответствующими им более зрелыми качествами, сочетается с типично педофильными действиями (ощупывание и разглядывание), часто — с принудительной эпиляцией. Имеются и примеры поведения, направленного на вхождение в соответствующий образ (цисвестизм).

Таким образом, деперсонификация становится механизмом субъект-объектных смешений. Нетрудно заметить, что все три вышеперечисленные ее характеристики содержат манипуляции с собственной субъективностью. Суть этого процесса — подмена ее иной, с присвоением чужих, отсутствующих у себя самого качеств. По отношению к деперсонификации иные феномены в определенном смысле вторичны.

Аутоэротизм — внешнее сходство объекта и субъекта. Эмоциональное соответствие между некоторыми сексуальными правонарушителями (например, педофилами) и их жертвами (Marshall, Barbaree, 1990) относится к особым фактам. Часто отмечалось, что некоторые педофилы чувствуют себя более удобно и безопасно в кругу детей. Сложность взрослых взаимодействий может заставлять их ощущать себя уязвимыми и неадекватными, неспособными понять характер взрослых людей. Их влечение к детям поэтому является частично функцией чувства большей непринужденности и понятости. Способ-

ность предсказывать и объяснять детское поведение привела бы таких лиц к ощущению большей эффективности и самоконтроля. Однако в большинстве случаев черты сходства субъекта и объекта сексуального влечения не осознаются. Иногда лишь эксперт обращает внимание на сходство предпочитаемого объекта с самим пациентом: эта задача облегчается, к примеру, в случаях сексуального насилия в детстве, когда возраст субъекта и объекта насилия совпадают. В тех же ситуациях, когда это осознание происходит и стабилизируется, становится возможен феномен нарциссизма.

Нарушения идентификации проявляются в осознанном собственном сходстве с объектом (в некоторых случаях только в отдельных функциях — ощущениях, эмоциях, мышлении, в других — полностью) в ситуации сексуального контакта или девиантного поведения.

Д. Дайх сообщает, что подчас способность садистов представлять себе страдания и переживания жертвы может ошибочно расцениваться как свидетельство развитой эмпатии. Однако и в этих случаях речь идет о примитивном уровне развития эмпатии — эгоистической эмпатии, на котором еще нет четкой границы между собственными переживаниями и автономными переживаниями другого. Эмпатию отличают от идентификации, являющейся бессознательной. Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. «Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения "как будто". Так ощущаешь радость и боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок "как будто", т. к. при его исчезновении возникает состояние идентификации» (Rogers, 1959), при котором страдает рефлексивность — важная характеристика произвольной активности, своего рода «обратная связь», сопровождающая действия (Хекхаузен, 1985). Различение «Я» и «не Я», способность воспринимать себя в качестве объекта, видеть себя «как бы посторонним взором», осуществлять мысленный диалог с самим собой — все это составляет суть самосознания как удвоения себя, обусловливающего субъективно ощущаемое «Я» и одновременно внешне, через поведение, отношение между субъектом и объектом, что проявляется как критика к себе, окружающему, своим действиям. Расстройство рефлективного «Я», «удвоения себя» и есть расстройство критики, проявляющееся вовне неспособностью действовать осознанно.

28.2.3. Расстройства волевой регуляции аномального сексуального поведения

Если рассматривать поведение как процесс, согласующий когнитивный и аффективный компоненты самосознания, то именно на поведенческий компонент будет ложиться основная тяжесть поддержания целостности самосознания и, в частности, половой идентичности при его искажении.

Дистония — синтония. Под *эго-дистоническим* отношением к своему сексуальному влечению понимается обычно наличие критики к нему, что позволяет пациенту с ним бороться. Для этого необходимо осознавание его чуждости, присутствие внутрипсихического конфликта. В психопатологическом аспекте речь идет о навязчивом, обсессивном характере влечения.

Понятие *эго-синтонии* отражает спаянность личности с аномальным влечением, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним. Внутрипсихического конфликта при этом нет, действия приобретают характер импульсивных.

Компульсивность—импульсивность. Под сексуальной *компульсивностью* понимают чуждость возникающих побуждений, их аутохтонный, насильственный характер. Присутствует понимание неестественности и болезненности своих переживаний, влечение возникает непроизвольно, часто на фоне аффективных нарушений, возникшее желание быстро приобретает характер доминирующей идеи, имеет выраженную побудительную силу, препятствуя осуществлению привычных действий, сопровождается борьбой мотивов. Реализации влечения сопутствует субъективное чувство облегчения, вскоре сменяющееся ощущением неадекватности совершенного поступка, снижением настроения с идеями самообвинения и самоуничижения, переживанием стыда и раскаяния, вялостью и разбитостью.

При *импульсивных* расстройствах сексуальное влечение возникает внезапно для больного, его реализации не предшествует внутренняя проработка и борьба мотивов. Не будучи даже осознанным, оно реализуется, часто без учета ситуации и обстановки. Этап выхода из этого состояния характеризуется кратковременным чувством облегчения и одновременно состоянием вялости, прострации.

Возможна интерпретация связи диагностических и патогенетических аспектов аномального сексуального поведения в рамках концепции *аномальных механизмов* как факторов регуляции поведения. К. Ясперс (1959) выделял следующие аномальные механизмы: 1) количественный, «когда количество, продолжительность и интенсивность явлений переходят грани обычного»; 2) фиксация; 3) регрессия; 4) расщепление. К проявлению первого можно причислить гиперлибидемию — патологическое усиление сексуального влечения, ограничивающее волевую регуляцию. Однако в отношении парафилий большее значение имеют три других.

Регрессия. В целом составляющие клинической картины (насильственность, аффективные искажения, нарушения сознания) позволяют включить парафильное поведение в круг *протопатических синдромов.* А. Л. Эпштейн (1936) указывал, что для последних характерны сдвиг личности в сторону эффективности с преобладанием тревожного, депрессивного или иного тягостно-неприятного тона переживаний, включающих насильственные и чуждые побуждения; преимущественно ноцицептивные, амфитимические или паратимические эмоции с разладом перцепторно-эпикритической системы и расстройством сферы «чистых ощущений» в виде блокировки, извращения восприятий различных модальностей на фоне разнообразных вегето-висцеральных проявлений; последующую расплывчатость и нечеткость ощущений, определяющих алекситимические состояния. И наконец, искажения сознания в различных его клинических вариантах. Если учесть, что протопатическая система является филогенетически древней, противостоящей более юной эпикритической, то формирование парафилий представляет собой не что иное, как проявление целостного механизма *психического регресса.* Тот факт, что данные психопатологические изменения достигаются или сопровождаются аномальными формами именно сексуального поведения, свидетельствует об уязвимости как раз составляющих самосознания, служащих структурным фундаментом этих поведенческих реализаций, т. е. связанных, прежде всего, с половозрастными идентичностями. Разотождествление с привычными самоидентификациями происходит по мере перехода с одного на другой уровни, причем каждому из них соответствуют латентные самоидентификации со свойственными им противопоставлениями. Упоминавшиеся выше оппозиции (одушевленное—неодушевленное, взрослое—детское, мужское—женское) составляют суть тех онтогенетически ранних идентичностей, к которым возвращается субъект.

Под регрессивностью понимают появление паттернов поведения, характерных для более ранних этапов онтогенеза, чем тот, в котором находится данный индивид. Онтоге-

нетическая регрессия проявляется в выборе объекта по полу и возрасту. Характеризуя специфику становления общения у детей с аутизмом, В. Е. Каган (1981) говорит о задержке наступления этапов и парциальное™, незавершенности каждого из них при переходе к следующему, однако последовательность, характерная для нормальных детей, сохраняется. Такими этапами (по объекту) являются: аутизм, симбиоз с матерью, отношения со взрослыми, старшими, младшими и сверстниками. Принимая во внимание коммуникативную сущность сексуального контакта, нетрудно заметить, что выбор объекта сексуального влечения по различным причинам может осуществляться на любом из этих этапов — аутоэротическом, гомосексуальном, геронтофильном, педофильном. Вследствие незавершенности этапов возможно как бы «осколочное» их сочетание. Самый труднодостижимый, требующий прохождения всех этапов, — нормативный. Проявлением филогенетической регрессии выбора объекта представляется выбор по внешним признакам (регресс восприятия объекта до уровня релизеров).

Различают также регресс активности. При онтогенетическом регрессе происходит возврат к поведенческим паггернам ранних стадий развития, наиболее яркий пример этого — типично педофильное поведение: разглядывание и ощупывание половых органов. Другим примером может быть имитационное поведение. Филогенетический регресс поведения выражается в воспроизведении архаических паттернов. Самым распространенный из них — социо-генитальный (обнажение и демонстрация половых органов). Если рассмотреть динамику изменения активности у лиц с парафилиями, удается проследить ее подчинение определенным закономерностям. Первичным феноменом здесь представляется «охота», являющаяся, по сути, поисковой, ориентировочной активностью, когда потребность еще не опредмечена. Второй этап — амбитендентность, движения намерения. Он может занимать секунды или растягиваться во времени, феноменологически оформляясь в обсессивно-компульсивный характер аномального сексуального влечения. Третий этап — смещенная активность. Содержательно он проявляется либо в деструктивных действиях, либо в сексуальных манипуляциях с объектом.

Регрессивное поведение всегда менее видоспецифично, чем предваряющее его. Таким образом, на определенном уровне регрессии роль личности и сознания в регуляции поведения минимальна, оно подчиняется общебиологическим, видовым закономерностям. При выраженных (в смысле сдвига в прошлое) видах регрессии отмечается *высокая степень сходства с биологическими аналогами,* что сочетается со структурно-динамическим регрессом поведения.

J. Bateson (1972) писал: «...когда человек не в состоянии расшифровать и комментировать сообщения других людей, он похож на саморегулирующуюся систему, лишившуюся своего регуляторного устройства, он обречен двигаться по спирали, совершая постоянные и всегда систематические искажения». Формой выражения этих искажений в условиях внутреннего конфликта представляется агонистическое поведение. Под ним понимают любое поведение, связанное с конфликтами. Внутрипсихический конфликт характерен для расстройств половой идентичности, базисных для развития парафилий. К видам агонистического поведения относятся комплекс фиксированных действий и смещенная активность.

Смещенная активность — это поведение, не связанное ни с одной из конфликтных тенденций, чаще представляющее собой наиболее легко вызываемые и наиболее легко выполняемые поведенческие акты (Hinde, 1977), каковыми для любого организма являются, прежде всего, поисковая (ориентировочная), а также пищевая и половая активность. К разновидностям смещенной активности относят: а) переадресованную активность, когда действие направляется на другой, не первоначально подразумевавшийся

объект; б) регрессию, когда при возникновении препятствия для взрослого поведения развивается ювенильная активность.

По мнению А. Н. Корнетова, В. П. Самохвалова и др. (1990), о смещенной активности можно говорить, когда наблюдается усиление проявлений отдельных элементов поведения (или не в том контексте) или возникновение необычных для вида элементов поведения. При смещенной активности повышение уровня мотивационного возбуждения до экстремальных значений способно радикально изменить характер целенаправленных поступков вследствие нарушения процессов прогнозирования и эмоциональной оценки этапных и конечных результатов деятельности [эмоциональная «сверхоценка» этапных результатов инструментальной деятельности] (Судаков и др., 1990).

Фиксация. Стереотипность (ритуализация, клиширование) сексуального поведения, характерная для парафилий, выражается в предсказуемости без обратной связи, что проявляется в стремлении осуществить строго определенную активность. При этом следование стереотипу в полном объеме и достижение эмоционального состояния в разной степени зависит от реакции партнера: от абсолютной спонтанности до жесткой обусловленности, например реакцией испуга.

Другое выражение клишированности поведения — его связь с определенной территорией. У некоторых серийных сексуальных преступников отмечается также феномен неоднократного возвращения на место преступления. Обстановка при этом играет роль триггера воспоминаний, восстанавливающих чувство реальности происшедшего. В этом аспекте имеют значение два понятия этологии: *индивидуальная территория,* т. е. пространство, где человек имеет тенденцию доминировать, находиться в состоянии комфорта и возвращаться, и *индивидуальное расстояние* — дистанция, запускающая определенные виды поведения.

Механизмом такой фиксации может являться импринтинг. Основные черты импринтинга определяются как предрасположение индивида к определенному мотивационному научению и существование унаследованной реакции на заучиваемую стимуляцию. Половое импринтирование, ограниченное определенным чувствительным периодом предположительно раннего онтогенеза и проявляющееся по достижении половой зрелости, обусловливается единством раннего личного опыта с соответствующим предрасположением, причем процесс обучения лишь ограничивает предшествующее предпочтение (Хорн, 1988), выбирая среди конкурентных раздражителей наиболее приемлемый. По-видимому, асинхронии развития, лежащие в основе парафилий и расстройств половой идентичности, приводят, в частности, к искажению и временному сдвигу периодов чувствительности (критических периодов) к импринтингу.

Приведенные аспекты клишированности имеют общий признак — они характеризуют усиление, подчеркивание компонентов поведения, не связанных с личностью пациента, а имеющих видовой характер, поэтому для их обобщенной характеристики правомерно обращение к этологическим понятиям. Клишированность поведения у лиц с парафилиями позволяет говорить о приближении его по структуре *к комплексам фиксированных (стереотипных) движений (КФД).*

Ю. С. Шевченко (1996) отмечает, что, будучи жизненно необходимой формой видоспецифического поведения, КФД закрепляется в филогенезе интенсивным эмоционально положительным фоном, возникающим при его осуществлении. Последнее служит основой для включения КФД в социально-видовое, а также в индивидуально-специфическое адаптивное поведение (уменьшение боли, страха, ослабление эмоционального стресса за счет получения удовольствия или достижения гипноидного состояния, в том числе в результате стимуляции половых органов). Специальным термином — «вынуж-

дающие формы поведения» — обозначаются поведенческие методы воздействия на состояния сознания, функции которых — «настраивать» ЦНС и снимать накопившиеся раздражения. Они создают чувство облегчения и благополучия, вызывают состояния экстаза, «пьянящий восторг риска», чувство единства, целостности. Подобные же состояния отмечаются лицами с аномальным сексуальным поведением после совершения деликта. Во многих случаях речь идет о нормализации аффективного фона, что дало возможность говорить об особой функции такого поведения — эмоциональной саморегуляции (Ткаченко, 1994). Частое появление релаксирующего, а не эротизирующего эффекта после аномального поведения указывает на вовлечение в процесс эмоциональной саморегуляции более ранних онтогенетических образований самосознания и, следовательно, на большую тяжесть расстройств.

Аддиктивный этап динамики парафилий с уходом от реальности, изоляцией от общества с постепенным упрощением отношения к самому себе характеризуется выработкой определенного аддиктивного ритма, фиксацией на заранее предсказуемой эмоции, достигающейся стереотипным образом, и, что самое главное — с обретением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система. Ригидность и низкий полиморфизм поведения в этих случаях, очевидно, обусловлены механизмом, аналогичным КФД (Hinde, 1975).

Таким образом, для парафилий характерны фиксированные формы аномального сексуального поведения. К их отличительным чертам относятся следующие особенности (Залевский, 1985): 1) они детерминируются главным образом внутренним состоянием; 2) фиксироваться могут не только врожденные, но и приобретенные в индивидуальном опыте формы поведения; 3) в норме являющиеся компонентами обычного поведения, они становятся патологическими либо под действием чрезвычайно сильных раздражителей, либо в случаях генетически детерминированного чрезвычайно низкого их порога.

Приближение аномального сексуального поведения по структуре к комплексу фиксированных действий, смещенной активности означает снижение его осознанности. По мере перехода от онтогенетически значимого к филогенетически активируемому происходит утеря дифференциации переживаний с их сменой на внеличностные, архаичные и потому безотчетные и непроизвольные аффекты. Последние при этом могут совершенно не соответствовать осознаваемым побуждениям и потому восприниматься как абсолютно чуждые, насильственные образования.

Расщепление (диссоциация). К. Ясперс (1959) писал, что во всех случаях аномальны такие явления, как недоступность содержания психики сознанию, невозможность ее интеграции в личностный контекст. И считал понятие расщепления одним из фундаментальных в психопатологии. П. Жанэ указывал, что недостаток напряжения приводит к диссоциации иерархии действий, к вычленению и изоляции определенного звена, образующего миниатюрную психологическую систему, изолированную от связанной в целое психической жизни личности и функционирующую на более низком уровне напряжения. В центре такой системы находится фиксированная идея, т. е. комплекс представлений, эмоциональных состояний, остаточных воспоминаний и реакций личности. Диссоциация — это механизм дезинтеграции, проявляющийся снижением уровня сознания (сужением сознания), т. е. переходом саморегуляции с уровня семантического сознания на уровень сенсорного сознания, а также нарушением интеграционных функций структуры «Я» (Якубик, 1982). Небольшая выраженность дезинтеграции приводит к колебанию уровня сознания и ослаблению тождества (своеобразия «Я»), когда, например, ведущую роль начинают играть внутренние информационные структуры, отражающие мир фантазии и мечты. В этом смысле не случайна аналогия парафильного пове-

дения с поведением игровым, поскольку и для того, и для другого характерна сходная субъективная феноменология.

Процессуальность — фиксация на процессе, а не на результате деятельности, приобретающей незавершенный характер с нарастающей редукцией отдаленных целей поведенческого акта и пролонгацией его ближайших звеньев, подвергающихся схематизации и символизации. Процессуальность слагается из двух основных компонентов:

1. Незавершенность проявляется в нерезультативности деятельности, причем подразумеваемой и «входящей в замысел». Особенно это очевидно в тех случаях, когда сам по себе навык гетеросексуального (или иного) поведения сформирован, однако в ходе исполнения девиантного ритуала наблюдается отказ от логического, казалось бы, его завершения с ограничением предпринятых действий неким набором эротических или даже платонических элементов. Внешне явно сексуальное действие часто не завершается именно в сексуальном смысле (отсутствие эякуляции и оргазма). Именно это качество процессуальности определяет симптом «охоты», заключающийся в самостоятельной значимости поиска необходимого объекта. Причем само по себе это иногда длительное, блуждание, сочетающееся с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается самодостаточным, и по своей субъективной эффективности сравнимым с самим перверсным актом.

2. Пролонгация — намеренное продление осуществляемых действий, что достигается зачастую их усложнением и затруднением с помощью использования достаточно длительного и схематичного ритуала. Целью подобной модификации активности может быть продление восприятия и связанного с ним аффекта в силу самоценности данного воспринимательного процесса. В этом контексте становится до конца понятным высказывание К. Имелинского, который говорил, что суть садизма— переживание времени.

Процессуальность парафильного поведения достигается путем самоотстранения, т. е. отделением себя от самого действия. В отличие от слитности со своими действиями в неигровом поведении, игра дает возможность владеть своим действием, быть субъектом по отношению к нему, а следовательно — стать активным, свободным по отношению к действиям. Одно из следствий подобного различия •—специфика в степени осознанности. Если действия, направленные на результат, выступающие в качестве пути к определенной цели, имеют тенденцию к сокращению, редуцированию и, следовательно, к утере их сознательности, автоматизации, то в отношении игровых действий наблюдается обратная картина. Они, напротив, в силу самоустремленности тормозятся, что делает ощутимым их построение, и всегда сознательны и двусмысленны, проблемны. Таким образом задаются условия для дезавтоматизации отдельных элементов поведения при стереотипизации, т. е. автоматизации его целостной структуры.

Процессуальность рассматривается как доказательство того, что предметом таких действий является само действие, тогда как собственно результат остается внешним по отношению к нему. Поэтому действие оказывается направленным на самое себя и становится самодействием. В основе субъектных искажений лежит процедура отстранения как своих действий, так и своего «Я», когда человек до известной степени теряет себя, будучи не способен делать различия между собой и другими, и подчиняется механизмам «компенсирующего отождествления», т. е. идентификации (Хейзинга, 1992).

Условно можно выделить две оси диссоциации: 1) «горизонтальную», когда происходит отщепление сфер психической жизни (эмоциональной, двигательной) и 2) «вертикальную», когда не осознаются различные этапы поведенческого акта. При первом варианте чаще всего речь идет о неосознавании эмоций, отчуждении поведения, в одних случаях проявляющегося в позиции «наблюдателя» — «как бы со стороны смотрел на

себя», в других — в сомнениях, действительно ли он (испытуемый) это сделал. «Вертикальная» диссоциация отражает различные варианты осознавания этапов поведенческого акта. При нарушениях осознавания отчуждаться (отстраняться) может, прежде всего, та сторона психической деятельности, которая редко или никогда раньше не становилась содержанием сознания. В норме лучше осознаются цель и результат действия, сам же процесс (исполнение программы и контроль за ее протеканием), как правило, осуществляется на бессознательном уровне (Хомская, 1987). Осознание программы при отсутствии в сознании мотива порождает ощущение безличностности (аспонтанности, непроизвольности) или отчужденности (насильственное™, чувства овладения) переживаний в фантазиях, поведения в реализации. Осознание контроля за протеканием программы приводит к позиции наблюдателя, что у лиц с парафилиями наблюдается уже при фантазировании.

Механизм развития диссоциативных расстройств заключается в «потере сознательного контроля над психическими функциями...» (DSM-IV), когда в момент реализации девиантной сексуальной активности отчуждаются эмоции, телесные ощущения, собственное поведение, идеаторная активность. Указание на нарушение осознавания себя и окружающей действительности заложено уже в самом определении таких, например, диссоциативных расстройств, как состояния овладения и трансы (F44.3), подразумевающих «как потерю чувства личностной идентичности, так и полного осознавания окружающего».

Таким образом, аномальные механизмы отражают характер взаимодействия между различными сферами психики, в частности между составляющими самосознания, влияя на различные уровни регуляции. Экспертное заключение должно учитывать и специфику данных деликтов, поскольку в этих случаях решение вопроса о вменяемости может быть детализировано даже «по отдельным эпизодам преступления»: «... лицо, в состоянии вменяемости начавшее убийство, может впоследствии впасть в состояние временного расстройства душевной деятельности... и утратить возможность руководить своими действиями» (Дубинина, 1973). Возможность изменения психического состояния по мере развертывания поведенческого акта О. Д. Ситковская (1998) рассматривает как раз на примере серийных сексуальных убийств, выделяя два этапа развития поведения, основанного на патологическом сексуальном влечении. На первом этапе растет психологическое напряжение, субъект осознает это и борется, не желая попасть в «ситуацию воронки». Здесь он еще может сдержать себя при помощи волевых усилий, опираясь на известные ему способы компенсации. Неслучайно в своих показаниях многие из таких лиц упоминают об осознании ими возрастания состояния напряженности и о том, что в некоторых случаях им удавалось остановить развитие опасного влечения. Но если такие усилия безуспешны, наступает второй этап, когда субъект уже не может руководить своими действиями, удерживать себя от реализации влечения. При этом осознание значения своих действий может сохраняться.

В целом при обосновании экспертного заключения следует исходить из того, что процесс реализации принятого решения, выбор способа достижения цели регулируется интегративной коррекцией поведения со стороны самосознания и осознания окружающей действительности. На основе соответствия этих оценок осуществляется личностный контроль каждого этапа поведения. Таким образом, целесообразным представляется подход с вычленением в каждом конкретном случае разных вариантов сочетания признаков юридического критерия, что облегчает как саму процедуру экспертной диагностики, так и формулирование и обоснование экспертного заключения.

ГЛАВА 29

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ВАДДИКТОЛОГИИ

Под термином «коморбидность» в медицине подразумевают понятие соболезненности, сосуществования двух или более заболеваний у одного и того же пациента. В психиатрии, в отличие от соматической медицины, возможность сочетания нескольких заболеваний, имеющих самостоятельные механизмы, вызывает больше вопросов, нежели ответов (Калинин, 2002).

В связи с этим понятие коморбидности в области психиатрии и аддиктологии может рассматриваться в двух аспектах: во-первых, в традиционном — соболезненности, сочетании признаков нескольких заболеваний у одного и того же пациента; во-вторых, в аспекте сходных, взаимовлияющих этиопатогенетических механизмов различных психических и поведенческих расстройств у одного и того же больного или аддикта. Первый аспект можно назвать количественным, второй — качественным. В рамках второго, в отличие от первого, можно ставить и изучать вопрос о патогенетических и патопластических факторах возникновения психопатологической продукции, что, несомненно, более значимо на современном этапе развития науки.

В предыдущих главах был представлен анализ и приведены результаты исследований по проблеме коморбидности (сочетаемости на основании этиопатогенетического единства) наркозависимости с иными формами зависимого поведения. В данной главе анализируется проблема коморбидности наркозависимости и иных форм зависимостей и психических расстройств (на уровне симптомов и синдромов) и заболеваний.

По данным S. T. Cohen, R. Weiss (1996), распространенность психических заболеваний у пациентов, употребляющих наркотические вещества, статистически больше, чем у остального населения. Установлено, что более чем 50% людей, имевших проблемы в связи с употреблением наркотических веществ, имело по крайней мере еще одну психическую проблему, в том числе у 26% отмечалась лабильность настроения, у 28% — страх, у 18% — антисоциальные изменения личности и у 7% — шизофрения.

По мнению тех же авторов, злоупотребление наркотическими веществами и психопатология могут иметь несколько осей связей: 1) психопатология может служить фактором риска развития расстройств, связанных с наркоманией; 2) психические расстройства могут возникать вследствие злоупотребления наркотическими веществами и сохраняться во время ремиссии; 3) психопатология может влиять на развитие патологии, связанной с наркоманией, в частности изменять результативность лечения, выраженность симптомов и на отдаленные последствия; 4) симптомы психического заболевания и проявления наркотической зависимости со временем могут стать схожими; 5) употребление наркотических веществ и психические нарушения могут встречаться у одного и того же человека, но не быть связанными друг с другом.

В центре нашего внимания — патогенетическая связь между психопатологией и наркозависимостью в случаях, когда симптомы и синдромы психических расстройств и заболеваний служат базой для формирования зависимости. Это связано с устойчивой и

широко распространенной точкой зрения, представленной в мировой психиатрической литературе, о том, что «истинной причиной влечения к психоактивным веществам может быть первичное психическое расстройство» (Moussaoui, 2001).

Отмечается коморбидность игровой зависимости (гемблинга) с периодическим возникающими расстройствами настроения, алкоголизацией, наркотизацией, тревожными, обсессивно-компульсивными, шизоидными и параноидными расстройствами личности (Black, Moyers, 1998).

29.1. Зависимости в структуре психопатологических симптомов и синдромов

Расстройства различных сфер психической деятельности, как следует и из данных отечественных и зарубежных авторов, и из результатов наших исследований, могут служить базой для формирования зависимого поведения, в том числе наркомании. Наиболее значимой считается связь между психопатологическими симптомами и *патологическим влечением* к наркотику, алкоголю, никотину, игровой деятельности, сексуальным действиям и т. д.

Вопрос о связи *депрессии* с наркотической или иной зависимостью в форме патологического влечения в настоящее время наиболее широко разработан (Rogers, Korten, Jorn, 2000; Crocq, 2001; Sullivan, Kendler, 2001; Надеждин, 1995). Считается, что в основе патологического влечения лежат депрессивные расстройства, отличающиеся полиморфностью, нечеткостью синдромального оформления и носящие нередко ларвированный характер. При этом указывается на тот факт, что здесь практически не встречается классическая депрессивная триада, отсутствует витальность симптоматики.

Наши исследования наркозависимых показали, что феноменология депрессивного синдрома, провоцировавшего у них патологическое влечение к употреблению психоактивного вещества, представлена следующими клиническими вариантами: 1) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и тревожностью: 2) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и тоскливостью; 3) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и гневливостью; 4) депрессивными переживаниями с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта; 5) эмоциональными состояниями с оттенком снижения уровня эмоционального реагирования; 6) переживаниями со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости.

Переживания пациентов *с оттенком понижения настроения и тоскливостью* характеризовались эмоциональной фиксацией человека на прошлом, тягостным переживанием безвозвратности утраченного, повышенной ответственностью за происшедшие события, сопровождались угнетенностью, заторможенностью и снижением активности. У больных можно было отметить наличие таких феноменов, как безотрадность, безутешность, вина, горе, горечь, грусть, жалость, меланхолия, мука, обида, огорчение, оторопь, отчаяние, печаль, ностальгия, разочарование, раскаяние, скорбь, скука, сожаление, стыд, терзание, тоска, угнетение, угрызения совести, уныние, хандра.

Переживания *с оттенком понижения настроения и тревожностью* проявлялись доминированием ожидания какой-то трагедии, неприятностей, двигательным беспокойством и повышенной активностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, избеганием ситуаций, способных вызвать подобные эмоциональные переживания. Синонимический ряд переживаний был представлен такими феноменами, как ажитация, беспокойство, боязнь, взволнованность, волнение, замешательство, испуг.

исступление, напряженность, настороженность, недоумение, растерянность, смущение, тревога, паника, страх, ужас.

Переживания *с оттенком понижения настроения и гневливостью* характеризовались антипатией, недовольством поведением окружающих, нетерпеливостью, раздраженностью, непереносимостью внешнего социального давления, указаний и замечаний в сочетании с чувством внутреннего дискомфорта, требующим эмоциональной разрядки. Феноменологически здесь отмечались такие переживания, как антипатия, брюзгливость, возбуждение, возмущение, вражда, вспыльчивость, гнев, горячность, ехидство, злоба, злорадство, злость, злопыхательство, ирония, мизантропия, негодование, ненависть, неприязнь, раздражение, сарказм, скептицизм, ярость.

В *переживаниях с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта* доминировали повышенная чувствительность, ранимость, внутренняя неудовлетворенность окружающими и собой чаще без повышения активности и без необходимости внешней эмоциональной разрядки. Синонимический ряд представлен такими феноменами, как брезгливость, впечатлительность, досада, гадливость, зависть, изнуренность, любовь, ревность, сентиментальность, сопереживание, сочувствие, сенситивность, эмотивность.

К *переживаниям со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости* относились состояния с основополагающим признаком — неустойчивостью эмоционального реагирования или противоречивостью эмоций, что проявлялось эмоциональной лабильностью, слабодушием, амбивалентностью, аффективной инконтиненцией, недержанием аффекта, паратимией, циклотимией.

Эмоциональные состояния с *оттенком снижения уровня эмоционального реагирования* характеризовались собственно снижением уровня эмоционального реагирования, безразличием. Синонимический ряд был представлен такими феноменами, как безразличие, безучастность, равнодушие, апатия.

При эмоциональных состояниях *с оттенком нейтрального эмоционального реагирования* преобладали эмоционально-нейтральные феномены, не сопровождавшиеся ни повышением, ни понижением настроения, ни субъективными переживаниями, ни снижением уровня эмоционального реагирования. Синонимический ряд включал беззаботность, беззлобность, безмятежность, безрадостность, беспечность, беспристрастность, бесстрастие, бесстрашие, бестрепетность, бесчувственность, индифферентность, интерес, невозмутимость, недоумение, ошеломление, резонанс аффективный, синтонность, спокойствие, сопереживание, удивление, успокоенность, алекситимию, ангедонию, аноргазмию.

Формирование патологического влечения происходило при каждом из перечисленных депрессивных переживаниях. Однако наиболее типичным для различных форма зависимостей был спектр аффективных расстройств с доминированием скуки.

Анализ патогенетически значимых для становления наркозависимости аффективных расстройств обнаруживает некий парадокс, заключающийся в том, что основой патологического влечения большинство специалистов называют депрессивные переживания, тогда как базой наркозависимости — гипертимную акцентуацию характера с преобладанием маниакального спектра эмоциональных феноменов (Пятницкая, 1994). Переживания *с оттенком повышения настроения* характеризуются уровнем эмоционального реагирования, проявляющимся избыточной активностью, улыбчивостью, восторженностью, радостью, готовностью принимать окружающих такими, какие они есть, отказом от конфронтации, уживчивостью и демонстрацией расположения. У наркозависимых это может выражаться в виде азарта, благоговения, благодушия, блаженства, вдох-

новения, веселья, воллюста, восторга, восхищения, воодушевления, гордости, добродушия, жизнерадостности, задора, истомы, наслаждения, нирваны, оргазма, радости, симпатии, счастья, упоения, умиления, экстаза, экзальтации.

Одним из частых и значимых для формирования зависимого поведения (чаще наркозависимости и пищевых зависимостей) аффективных симптомов называется *алекситимия.* Термин «алекситимия» означает «недостаток слов для выражения чувств». Термин был предложен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний, — ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. П. Сифнеос полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции.

В современной интерпретации это понятие включает в себя трудности в описании собственных чувств, в дифференциации чувств и телесных ощущений, сужение аффективного опыта, снижение способности к символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусированности внимания на внешних объектах (Эйдемиллер, Макарова, 2000).

«Алекситимики» бесконечно долго и детально описывают физические ощущения, часто напрямую не связанные с основным страданием или заболеванием, в то время как внутренние ощущения, характеризующие эмоциональную жизнь, излагаются ими в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, недифференцированного возбуждения или напряжения. Эмоциональная сфера личностей с чертами алекситимии слабо дифференцирована, аффекты неадекватны, воображение развито недостаточно, уровень абстрактно-логического мышления невысок. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Типичны для них также инфантилизм, чрезмерный прагматизм, дефицит рефлексии, эмоциональная неустойчивость с частыми «срывами». Их преобладающий образ жизни — действие. Взаимодействие с такими людьми приносит ощущение скуки и бессмысленности контакта. «Алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает.

Для объяснения синдрома алекситимии J. S. Neman выделяет две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая обратимость. Ряд авторов (Sifneos, 1973; Ересько, Исурина, Кайдановская, Карвасарский, 1994) считает, чтоу многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такого рода алекситимия является первичной. Для ее объяснения используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями (Эйдемиллер, Макарова, 2000).

Л. II. Урванцев (1998) выделяет несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, нарушения когнитивных процессов, нарушение самосознания и особое восприятие мира («специфическая картина мира» с недостаточностью его чувственного переживания).

Как социокультуральный феномен, алекситимия связана с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования, с недостатком словесной культуры. В рамках психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против невыносимых для личности аффектов. Действительно, личности с алекситимически-

ми чертами чаще высказывают жалобы соматического характера, что в ряде случаев является признаком соматизации аффекта.

Если подавление чувств, эмоциональных реакций, в том числе на ситуацию опасности, жесткая регламентация эмоциональных проявлений становятся хроническими, превращаясь в стиль жизни, то межличностные взаимоотношения становятся дистанцированными, приобретают черты поверхностности и формальности. Нивелирование эмоциональных проявлений придает поведению нейтральность и безучастность, а текущим эмоциональным реакциям — оттенок безразличия.

Алекситимия как проявление дефекта развития представляет собой, по мнению Л. П. Урванцева (1998), неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, «досимволическим стилем психики», характерным для лиц с низким уровнем дифференцированности психических структур. Такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты, такие как отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Непосредственной причиной подобного дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «мать—ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и о собственной личности.

В. В. Николаева устанавливает связь феномена алекситимии с особенностями психической саморегуляции, основываясь на концепции смысловых образований личности (Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюк). Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности — это рефлексия, позволяющая осознать смысл собственной жизни и деятельности и являющаяся частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. Дефицит рефлексии выражен в том, что «алекситимик» неспособен управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с изменяющимися условиями текущей жизненной ситуации, поскольку в процессе онтогенеза потребность в саморегуляции не была сформирована. Невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям.

По мнению H. Krystal (1982,1983), многие аддиктивные пациенты не способны распознавать и идентифицировать переживаемые ими внутренние чувства. J. McDouglass (1984) обозначил таких пациентов «диз-аффективными», т. е. лишенными аффектов, а L. Wurmser (1974), характеризуя эмоциональное обнищание, которое аддиктивные пациенты ощущают в себе и в своих межличностных отношениях вследствие дефицита эмоций, использовал термин «гиперсимволизация». Кроме того, L. Wurmser (1974) обнаружил, что, в отличие от проблем развития, затрудняющих аддиктивным больным доступ к собственным чувствам и их проявление, нарушения эмоционального развития так же часто заставляют таких пациентов страдать от прямо противоположной проблемы, когда аффекты переживаются как подавляющие и непереносимые. Именно этот факт позволил автору считать основой аддиктивных расстройств «дефект аффективной защиты».

С точки зрения E. J. Khantzian (1990), один из мотивов использования наркотиков — это мотив преодоления пассивного, вызывающего смущение опыта переживания собственной «безэмоциональности», алекситимичности и преобразования его в активный опыт контроля над собственными чувствами, даже если они и причиняют боль.

Наиболее часто зависимое поведение связывают с преморбидной патологией волевой деятельности — *компульсивностью,* что позволило L. Wurmser (1987,1996) отметить, что «понятие "аддиктивное поведение" синонимично понятию тяжелой компульсивности». Под компульсивностью при этом понимается ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость. В психиатрии компульсивностью обозначается форма нарушенного поведения, когда действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми

влечениями, побуждениями и совершаются насильственно, хотя и осознаются как неправильные. Данный психопатологический симптом может входить в структуру различных синдромов и быть первичным по отношению к зависимому поведению.

По мнению А. С. Андреева, А. И. Ковалева, А. О. Бухановского и соавт. (2001), независимо от конкретного содержания при т. н. болезни зависимого поведения прежде всего поражается мотивационная сфера, а ведущее расстройство адресовано к произвольной деятельности. Отмечается, что физическое влечение может приходить на смену обсессивному, но и возникать изначально.

Одним из психопатологических симптомов, на базе которых способно формироваться зависимое поведение в детском возрасте, является акайрия — расстройство, характеризующееся назойливостью, «прилипчивостью» пациентов, склонностью к повторению одних и тех же вопросов, просьб, стереотипных обращений.

29.2. Зависимости в структуре психических заболеваний

Учитывая, что связь между отдельными психопатологическими симптомами-синдромами и зависимостями не вызывает сомнений и доказана, можно предполагать, что должны существовать корреляции между различными формами зависимого поведения и отдельными психическими заболеваниями и расстройствами, в структуру которых облигатно входят значимые психопатологические феномены.

Первым в ряду заболеваний, на базе которых можно предполагать развитие зависимого поведения, обычно называется *эпилепсия.* Известно, что в рамках изменений психики и личности при эпилепсии часто представлена и аффективная ригидность, и расстройства настроения, и компульсивность, и склонность к магическому мышлению (последняя, по мнению D. Meers, входит в структуру патологической зависимости).

Наиболее часто эпилепсия упоминается в литературе в связи с патологической склонностью к азартным играм — гемблингом (игровой зависимостью). Высокая коморбидность с фазовыми и пароксизмальными аффективными расстройствами позволяет предположить, что азартная игра может выступать своего рода антидепрессантом, смягчая дисфорические проявления (Попов, Вид, 1992).

Предполагается (Зайцев, 2000), что у игрока в процессе игры развивается состояние аффекта. Аффект — стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера — может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. Аффективное состояние выражается в заторможенности сознательной деятельности. Вследствие чего в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия. Действие в состоянии аффекта, т. е. аффективное действие, как бы «вырывается» у человека, не вполне регулируется им. Сходное развитие психофизиологического состояния типично для эпилептического пароксизма.

При эпилептической болезни происходит формирование антиципационной несостоятельности (прогностической некомпетентности), что также может обусловливать становление зависимого поведения, в частности наркомании. Нами (В. Д. Менделевич, Т. В. Скиданенко) проводилось экспериментально-психологическое исследование больных эпилепсией с целью количественной оценки нарушения у них антиципационной деятельности. Пациенты были разделены на две группы (без изменений личности и с признаками изменений личности). Исследование антиципационных способностей и прогностической деятельности на основании ТАС (ПК) и модифицированного теста Розенцвейга дало следующие результаты (табл. 18-19).

Таблица 18

Распределение типов вероятностного прогнозирования у обследованных (по данным модифицированного теста Розенцвейга)

Типы вероятностного прогнозирования	I группа, %	II группа, %
Моновариантный	62,9	84,6
Нормовариантный	28,6	15,4
Поливариантный	8,5	—

Таблица 19

Распределение антиципационной состоятельности у обследованных

Группа	Временная		Пространственная		Личностно-ситуативная		Общая	
	состоят.	несост.	состоят.	несост.	состоят.	несост.	состоят.	несост.
I	66.6%	33,3%	76,5%	23,5%	42,9%	57,1%	47.6%	52,4%
II	41,1%	58,9%	48.7%	51,3%	23,1%	76,9%	25.6%	74.4%

Как видно из приведенных в таблицах данных, у подавляющего большинства пациентов (80%) присутствовал моновариантый тип вероятностного прогнозирования. Причем отмечалось его достоверное преобладание у больных с изменениями личности. Этот факт логичен и не требует специального пояснения. Отмечено также достоверное преобладание у лиц без изменений личности нормовариантного типа вероятностного прогнозирования.

По результатам теста антиципационной состоятельности, позволяющего оценивать структуру прогностической компетентности по трем составляющим (личностно-ситуативной, временной и пространственной), достоверное преобладание прогностической некомпетентности было обнаружено по всем составляющим. В эксперименте было выявлено (а в клинике подтверждено), что больные эпилепсией значительно чаще ошибались в собственных прогнозах как в сфере антиципации житейских ситуаций (поведения и поступков окружающих), так и в сфере предвосхищения времени и пространственного упреждения развития событий.

Таким образом, можно предполагать, что становление зависимого поведения у пациентов с эпилепсией может быть обусловлено наряду с иными причинами и нарушениями прогностической деятельности.

Расстройства шизофренического круга (шизофрения, шизотипическое расстройство), так же как и эпилепсия, нередко становятся базой для формирования различных форм зависимого поведения. Связь данных расстройств многообразна. При шизофрении появление зависимостей, к примеру, от психоактивных веществ, может быть обусловлено симптомами тревожно-депрессивного круга. В подобных случаях наркотики, алкоголь или никотин становятся своеобразным терапевтическим средством, снижающим уровень тревоги и улучшающим эмоционального состояние пациентов. Наиболее распространена у больных шизофренией никотиновая зависимость. В ее рамках рассматривается и физиологический, и психологический аспекты. Известно, что среди пациентов психиатрических клиник, большинство которых составляют больные шизофренией, курение встречается достоверно чаще по сравнению как с психически здоровыми людьми, так и с лицами, имеющими иные психические расстройства.

Нами (Менделевич, Кулагин, 1991) было предпринято клинико-психологическое и клинико-психопатологическое исследование 60 мужчин, больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении. В качестве группы сравнения были обследованы 25 пациентов с эпилепсией. Как показали исследования, 91,7% больных шизофренией оказались курящими, что значительно превышало число курящих здоровых мужчин в популяции. По данным Э. В. Малая (1977), в России насчитывается от 70 до 75% курящих мужчин. Из больных эпилепсией курили лишь 68%.

Среди больных шизофренией можно было выделить три группы пациентов, в зависимости от структуры курения. Из 60 мужчин основной группы курили постоянно (и дома, и в стационаре) 80% больных, причем только в психиатрическом стационаре — 11,7%, не курили совсем 8,3% обследованных. В группе больных эпилепсией распределение оказалось следующим: постоянно курили 60%, только в стационаре — 8% и не курили совсем — 32%. Как видно из приведенных данных, курящих среди больных шизофренией оказалось больше, чем среди больных эпилепсией, причем число куривших в стационаре также преобладало. Именно этот контингент больных привлек наше внимание.

Анализ никотинопотребления больных шизофренией показал, что увеличение интенсивности курения среди пациентов коррелирует, с одной стороны, с резким ухудшением психического состояния, появлением и нарастанием таких симптомов, как *тревога, беспокойство, ажитация,* а с другой — с массивной психотропной терапией, сопровождающейся нейролептическим синдромом с преобладанием акатизии. Увеличение никотинопотребления (в 2-3 раза) среди больных шизофренией отмечалось чаще при помещении их в психиатрический, а не в соматический стационар.

Обращал на себя внимание и тот факт, что интенсивность курения в стационаре имела склонность к видоизменению. Пациенты, курившие лишь в стационаре, чувствовали значительную тягу к сигарете в первые же сутки поступления в больницу: им требовалось свыше 20 сигарет или папирос в сутки. Свою потребность курить они объясняли желанием успокоиться, снять тревожное настроение. Пациенты с преобладанием в клинической картине заболевания депрессивных идей (тоскливого настроения) значительно реже прибегали к курению как к средству нормализации эмоционального состояния. При доминировании в клинике паранойяльных или параноидных расстройств интенсивность курения практически не отличалась от таковой у больных с тревожным радикалом, поскольку эти симптомокомплексы имели тенденцию к сочетанию. Большинство больных шизофренией и после медикаментозного купирования тревожно-депрессивного симптомокомплекса продолжали много и часто курить. Доминирующим мотивообразующим (в плане никотинизма) оставалось двигательное беспокойство — неусидчивость, невозможность длительное время находиться в однообразной позе. Подобное состояние наблюдалось на фоне максимальной насыщенности нейролептиками и было расценено нами как проявление нейролептического синдрома (акатизии), субъективно практически не отличимого от психопатологического феномена — тревоги. В течение 2-3 недель интенсивность курения оставалась такой же высокой, затем постепенно начинала снижаться, что коррелировало как с нормализацией психического состояния (исчезновением тревоги при сохранении в части случаев паранойяльного синдрома), так и с купированием нейролептического симптомокомплекса.

Если в структуре заболевания пациентов с эпилепсией отсутствовали тревога и нейролептическая акатизия, то в мотивации курения не было желания снять болезненное состояние как по словам самих пациентов, так и по результатам клинических наблюдений. Не отмечено в контрольной группе и корреляций между структурой никотинизма, с одной стороны, и тяжестью болезненного состояния и терапией — с другой.

Анализ причин изменения структуры никотинизма при помещении душевнобольных в психиатрический стационар позволил выдвинуть несколько гипотез. Основой доводов в пользу курения среди больных шизофренией, как показали исследования, является физиологическая потребность снятия болезненного эмоционального состояния (тревоги, ажитации) и последствий нейролептической терапии (акатизия) с помощью никотина. Не последнюю роль в увеличении интенсивности курения в психиатрическом стационаре играют психологические факторы, в частности большое количество свободного времени (незанятость) в условиях ограниченных возможностей выбора деятельности. Наши исследования дают возможность предполагать, что никотин способен приводить к исчезновению эмоциональных расстройств не только психологического, но и психопатологического уровней.

Особая, отличная от иных групп, структура никотинизма наблюдалась нами у больных с т. н. *шизофреническим дефектом* (18 мужчин). Клиническая картина заболевания характеризовалась негативными симптомокомплексами — нарастающей аутизацией, апатией и абулией, кататоническими стереотипиями, дезинтеграцией мышления. Большинство больных этой группы настойчиво однотипно требовали предоставить им папиросы, обращались к персоналу и другим больным. Однако, получая возможность курить, душевнобольные, как правило, использовали папиросы неприкуренными. Они имитировали процесс курения, стереотипно манипулировали папиросой во рту, применяя ее в качестве своеобразной соски.

Клинический анализ позволяет предположить, что никотинизм (пристрастие к курению) больных с шизофреническим дефектом — это составная часть болезненных нарушений волевого процесса. Он отражает механизм шизофренической диссолюции — расщепления, распада психической деятельности, возвращения психического функционирования на более низкий уровень развития. Потребность в сигарете у больных с шизофреническим дефектом можно понимать как возврат к формам орального автоматизма.

Психопатологические симптомы и синдромы в рамках дефекта при шизофрении способны формировать широкий спектр расстройств зависимого поведения (от девиаций стиля поведения до психопатологических сверхценных увлечений — по нашей классификации— Менделевич, 1998).

Интересен тот факт, что наиболее часто расстройства зависимого поведения формируются на базе *шизотипическогорасстройства,* в структуру которого входят симптомы, нередко определяющие развитие зависимостей — психический инфантилизм, магическое, метафорическое, гипердетализированное мышление, компульсивность в виде навязчивых размышлений без внутреннего сопротивления часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием. Вследствие вышеперечисленного у таких пациентов часто формируются пищевые или сексуальные зависимости, а в случае присоединения к клинической картине признаков аутизма облегчается формирование интернет-зависимости.

Биполярное аффективное расстройство нередко упоминается в литературе в связи с риском развития алкогольной и никотиновой зависимостей (Crocq, 2001; Sullivan, Kendler, 2001). При этом рассматривается несколько вариантов коморбидности: 1) зависимость от психоактивного вещества вызывает или провоцирует развитие аффективного расстройства; 2) наоборот, аффективное расстройство вызывает потребность, а затем зависимость употреблять психоактивное вещество, обладающее антидепрессивным эффектом; 3) оба расстройства могут развиваться независимо друг от друга, но иметь сходные факторы риска и патогенетические механизмы.

Во многих работах, особенно психодинамического направления, прослеживается мысль о том, что наркозависимость является своеобразным **невротическим расстройством** (по терминологии L. Wurmser, 1987 — «тяжелой формой невроза»). Причем, по мнению того же автора, у большинства наркоманов обнаруживается фобическое ядро, инфантильный невроз, на чем и основывается последующая патология. «В навязчивых поисках наркомана, как в зеркале, отражается компульсивное избегание объектов, характерных для фобического пациента» (Wurmser, 1995). Считается, что наркотики постоянно используются в качестве искусственной аффективной защиты.

Имеется точка зрения о том, что распространенность алкогольной зависимости и невротических расстройств взаимосвязаны и обусловлены социальными нормами. В условиях запрета на потребление алкоголя этническими, религиозными нормами алкоголизм встречается в единичных случаях, а уровень заболеваемости неврозами высок. И наоборот, в условиях терпимого отношения к потреблению алкоголя число случаев заболеваемости невротическими расстройствами снижается (Popham, 1953; Laighton, 1969; Shore, Kinzie, Hampson, 1973; Westermeyer, 1982).

Наши исследования не обнаружили взаимосвязи развития наркозависимости и базовых симптомов невротических расстройств, несмотря на тот факт, что в структуре неврозов часто присутствуют феномены, на базе которых может формироваться зависимое поведение (например, внушаемость, прогностическая некомпетентность). Факты, указывающие на то, что причинами употребления наркотиков могут быть низкая устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам, сниженная приспособленность к новым сложным ситуациям, плохая переносимость конфликтов (Врублевский, Цетлин, 1987; Попов, 1994, и др.), не объясняют патогенетические механизмы формирования зависимости, а лишь регистрируют ситуативную связь начала употребления психоактивных веществ с психоэмоциональным состоянием человека.

ГЛАВА 30

СТРАТЕГИИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Антинаркотическая работа предусматривает комплекс мер и, следовательно, *требует системного подхода.* Ведущие направления антинаркотической работы: противодействие незаконному обороту наркотиков; профилактика наркопотребления и наркотизации; лечение и реабилитация (как медицинская, так и социальная).

Если к первому направлению медицинские работники фактически не имеют отношения (оно — прерогатива правоохранительных структур), то в реализации двух остальных медицинской сфере принадлежит одно из приоритетных мест. Отсюда следует, что научное обоснование названных направлений требует проведения специальных медико-социальных исследований.

Эффективная реализация мероприятий по противодействию наркопотреблению требует, как минимум: 1) формирования правовой базы антинаркотической работы; 2) создания программного документа; 3) формирования системы механизмов (прежде всего, центра ответственности) и технологий антинаркотической работы; 4) обеспечения целевого финансирования антинаркотической работы.

30.1. Мнения представителей министерств и ведомств

В данном параграфе представлены обобщенные результаты 30 глубинных формализованных интервью с представителями министерств и ведомств Республики Татарстан, координирующих или осуществляющих руководство работой по профилактике наркомании. Относительно оптимизации деятельности по профилактике наркотизма были выдвинуты следующие основные положения.

1. Характеризуя масштабы наркотизации, эксперты единогласно назвали ее *«национальной катастрофой».* И чиновники высокого уровня, и представители общественных организаций осознают ее опасность. При этом эмоциональное восприятие ситуации, связанной с наркотизацией населения, в последние годы сменилось рациональным осмыслением и поиском способов решения проблемы. Сложилось убеждение, что наркомания — тяжелая, порой неизлечимая социальная болезнь, обусловленная социокультурными, политическими и экономическими особенностями развития современного российского общества.

2. Республиканские, городские, районные ведомства, специалисты социально-психологических служб, представители школ, училищ, техникумов, вузов, родители признают, что *преодолеть такую серьезную социальную проблему, как наркотизация, молено только путем создания эффективной системы профшактики.* Функционирует ряд ведомств и служб, призванных осуществлять эту работу, но катастрофически не хватает социальных, социально-психологических служб и центров, особенно в малых городах и районных цен-

трах республики. При этом социально-психологические службы, занимающиеся профилактикой наркотизации молодежи, имеют минимальную финансовую поддержку.

3. Оценивая работу министерств и ведомств, городских и районных служб в деле профилактики наркотизации, эксперты единогласно отметили, что *наиболее серьезная проблема — это отсутствие межведомственной координации.* Существует достаточное количество концепций и методик по профилактике наркотизации, для работы с наркозависимыми, однако многие из них дублируют друг друга, отражают интересы определенного ведомства или учреждения, системно не связаны, иногда противоречат друг другу.

4. В каждом министерстве или ведомстве работа по профилактике наркотизации обычно поручена одному человеку, несущему, как правило, целый ряд нагрузок по другим проблемам. Профилактика наркотизации —лишь одна из его многочисленных обязанностей, и далеко не первостепенная. В связи с этим *высказывались идеи о необходимости создания в министерствах и ведомствах секторов или групп, непосредственно занимающихся данными вопросами.*

5. Крайне необходим *«идеолог» и координатор всех действий, направленных на профилактику наркотизации.*

6. Несмотря на то что *издано много монографий, брошюр, методик, посвященных профилактике наркотизации,* часто они недоступны для *практиков-психологов, социальных работников, социологов, социальных психологов, непосредственно занимающихся профилактической работой. Особенно остро это ощущают представители малых городов и районных центров, поселков, сельских школ и социальных служб.*

1. Самое слабое место в системе профилактики наркотизации молодежи в России — отсутствие системы работы с семьей, родителями, т. е. отсутствие государственной семейной политики.

8. *Необходимо провести масштабные исследования молодежной наркотизации,* позволяющие иметь адекватное представление о проблеме, наиболее популярных способах досуга молодых людей, детерминантах молодежной жизни.

30.2. Мнения работников системы образования

Общеизвестно, что наиболее эффективный способ предупреждения и преодоления наркотизации молодежи — эффективная профилактическая работа с учетом особенностей разных возрастных групп, рода занятий, тендерных и других различий. Очевидно, меры профилактики не Moiyr и не должны быть едиными для школьников, учащихся ПТУ и техникумов, студентов вузов, для представителей городской и сельской молодежи, для девушек и юношей.

Высшая школа. С целью выяснить, каким образом реагируют на проблему наркотизации представители вузов, были проведены формализованные интервью с проректорами по воспитательной работе высших учебных заведений.

1. Общим для всех интервью стало определение того, что *к студентам, употребляющим наркотики, не должны применяться карательные меры.* Они рассматриваются как больные, нуждающиеся в лечении и последующей реабилитации.

2. Серьезная проблема для руководства вузов — определение реальных масштабов употребления студентами наркотических веществ и выделение группы риска. В вузах подобная статистика не ведется.

3. *В качестве основного вида деятельности вузов в области решения проблем наркотизации эксперты отмечали профилактику.* Лечение и последующая реабилитация студентов, употребляющих наркотики, не являются профильной задачей вузов.

4. *Усилить позитивное отношение студентов к проблеме сохранения и поддержания своего здоровья невозможно без создания «моды» на здоровый образ жизни,* как это имеет место в ряде зарубежных стран. Отсюда *одной из задач средств массовой информации и других социальных институтов должно стать формирование в обществе установок на здоровый образ жизни.*

5. *Приоритет в организации антинаркотических инициатив при проведении досуга студентов следует отдавать не сугубо развлекательным формам, а творческим и интеллектуальным* (фестивали, конкурсы, брейн-ринги и пр.).

6. *Подчеркивается значимость студенческого самоуправления в общежитиях вузов, когда проживающие в них студенты сами отвечают за безопасность и отслеживают случаи употребления и распространения наркотиков.* Помимо поощрения инициатив студенческих общественных организаций руководство вузов пытается активно включить в работу по профилактике наркомании службы студенческой безопасности, обеспечивающие в основном порядок в зданиях и общежитиях.

7. *Уровень знаний студентов и преподавателей о наркотиках и последствиях их употребления крайне низок* (например, устойчив миф о том, что некоторые наркотики безвредны). Ни студенты, ни преподаватели, ни представители студенческих служб безопасности не знают, как оказать первую помощь человеку в состоянии наркотического опьянения или передозировки. У студентов зачастую возникают проблемы этического характера, когда они не могут сообщить руководству института о фактах употребления наркотиков их сокурсниками.

Система профессионально-технического образования (ПТО). **В** целях более детального изучения проблем, связанных с предупреждением наркотизации учащихся в системе профтехобразования, были проинтервьюированы 50 преподавателей и заместителей директоров по воспитательной работе учреждений ПТО. Результаты исследования позволили определить, какие стратегии реагирования на проблему наркотизации учащихся выбирают специалисты системы ПТО.

1. *Одной из причин наркотизации учащихся профтехучилищ специалисты называют социальную незащищенность, «ненужность» детей, обучающихся в этой системе.* В учреждениях ПТО проходят обучение около 80% социально незащищенных детей (малообеспеченных, сирот, детей из многодетных и безработных семей). Дополнительным фактором риска является то, что в училищах работают группы для глухонемых, коррекционные группы для больных шизофренией, с болезнями позвоночника и т. д, **Несмотря на такую ситуацию,** *в системе профтехобразования наблюдается дефицит специалистов по социально-психологической работе:* не хватает ставок психологов (в 110 училищах Татарстана работают всего 33 психолога), практически нет социальных работников (кроме учреждений, которые имеют статус лицея).

Кроме того, по мнению экспертов, *рост наркозависимости среди учащихся профтехучилищ напрямую связан с отсутствием нормальных условий для отдыха детей.*

2. В качестве основных проблем обеспечения антинаркотической работы в системе ПТО *респонденты отметили следующее:*

- до сих пор не отлажена эффективная система работы с семьями;
- о профилактике наркотизации молодежи и о работе с наркозависимыми много говорят, но мало делают;
- в системе ПТО фактически отсутствуют специалисты (социальные педагоги, психологи), которые могли бы работать с наркозависимыми и проводить профилактическую работу.

3. *Наиболее эффективными мерами профилактики наркотизации учащейся молодежи системы ПТО,* по мнению респондентов, являются:

• открытие молодежных клубов по интересам, спортивных залов, подростковых клубов;

• введение в каждом учебном заведении ставок социального педагога, психолога, специализирующихся по данной проблеме;

• создание городских информационных банков о наличии служб (психологических, социальных, медицинских, правоохранительных) с указанием координат специалистов и информации о видах услуг, которые можно получить.

Система среднего образования. По мнению директоров и завучей общеобразовательных средних школ, основными проблемами организации профилактики наркотизации в среде учащихся системы среднего образования являются следующие:

1. Данный образовательный институт имеет первоочередное значение с точки зрения формирования позитивного мировоззрения, здорового образа жизни, антинаркотических личностных установок, обладает огромным потенциалом в плане профилактики наркотизации, однако в *настоящее время эти возможности эффективно и хотя бы минимально системно не используются.*

2. Самая распространенная реакция педагогов, завучей и директоров школ относительно проблемы наркотизации молодежи — непризнание таковой в стенах собственного учреждения и отсутствие желания обсуждать эти вопросы публично.

3. *Антинаркотическая работа в средней школе ведется в основном на интуитивном уровне и держится на отдельных энтузиастах.* Каждый педагог-энтузиаст создает собственные методы и технологии работы с детьми по профилактике наркотизации.

4. Эксперты отмечают необходимость тренинговой работы с детьми и родителями.

30.3. Мнения медицинских работников

Опрос 25 экспертов-врачей ставил целью определить стратегии реагирования института здравоохранения на процесс наркотизации. В результате исследования сформулированы следующие положения.

1. *В качестве основного субъекта антинаркотических практик должны выступать институты образования.* За медицинскими учреждениями сохраняются функции выявления групп риска, оказания медицинской помощи нуждающимся, разработки более совершенных методов лечения.

2. Совершенствование стратегии собственно медицинского реагирования предусматривает:

• изменение отношения самих медиков к проблеме путем повышения их информи рованности;

• развитие законодательной базы, соответствующей потребностям реабилитацион ного процесса и эффективно регулирующей соотношение «принудительность/добро вольность» в лечебной практике;

• подготовку высококвалифицированных кадров и усиление роли профессиональных ассоциаций;

• дальнейшее развитие и совершенствование реабилитационного звена антинаркотической практики, а именно — создание в регионе полноценной территориальной системы помощи, включающей в себя все необходимые специализированные звенья: неотложную помощь, поэтапную реабилитационную работу — не только медицинскую, но и социальную реабилитацию, специализированные структуры для различных контингентов;

• формирование системы обеспечения здравоохранения и поддержка методов, применяемых влечении наркозависимости, с учетом критерия «результат—затраты»;

• развитие вариативности рынка антинаркотических услуг при условии контроля их качества.

3. *Повышение эффективности антинаркотических практик обусловливает необходимость формирования системы социальных учреждений и программ, способствующих адаптации пациентов после прохождения курса лечения и реабилитации, восстановлению утраченного ими социального статуса,* что требует активного привлечения штата немедицинских работников; развития гражданских инициатив в этой области (например, путем осуществления грантовой поддержки); ориентации социальных программ на профессиональное обучение и трудоустройство больных наркоманией.

4. Следует сместить акценты в профилактической работе на семью и детей раннего возраста.

5. Необходимо совершенствовать цели и средства пропаганды антинаркотических практик. Очевидно, приоритетна тотальная по месту, времени и способам проведения, адресная по сути система пропаганды здорового образа жизни, запрета первой пробы. При этом целесообразно создать систему предупреждающей (шоковой) пропаганды, к которой могут быть привлечены те, кто избавляется от наркозависимости (например, члены общества «Анонимные наркоманы»).

30.4. Мнения молодежи

Точки зрения учащихся относительно форм и способов профилактики наркотизации молодежи и их эффективности изучались в процессе исследования 2 фокус-групп и анонимного опроса 678 человек. Обобщенны результаты представлены в следующих положениях:

1. Профилактические меры должны быть рассчитаны на определенные, конкретные группы молодежи (адресность профилактики).

2. Необходимо изучать приоритеты и ценности представителей различных групп молодежи.

3. Студенты довольно критично оценивают эффективность антинаркотической работы в молодежной среде, указывая при этом на отсутствие системности в ее проведении.

4. В качестве серьезной проблемы, связанной с профилактикой наркотизации молодежи, студентами обозначена неразвитость инфраструктуры отдыха (особенно в малых городах и районных центрах).

5. В ходе исследования определены основные взгляды школьников, учащихся профтехучилищ, техникумов и студентов вузов на организацию профилактики наркомании.

Таблица 20

Мнения учащихся относительно эффективности мероприятий по профилактике наркотизации молодежи (в % от общего числа опрошенных)

Мероприятия	Учащиеся школ	Учащиеся ПТУ	Учащиеся техникумов	Студенты вузов
Лекции, беседы	19,6	34,3	21,4	16,5
Раздача брошюр, буклетов	7,1	3,1	9,5	4,8
Демонстрация фильмов	40,2	40,6	52,3	44,7
Выступления медицинских работников	16,6	15,6	15,4	9,6

Тренинги «Равный обучает равного»	20,9	9,3	20,2	31.4
Тренинги для наркозависимых	7.5	9,3	7,1	15,3
Концерты, рок-фестивали	16,3	12,5	21,4	13.7
Телепрограммы	17,3	21,8	23,8	15.3
Создание общественных организаций по профилактике наркотизации	20,5	3,1	16,6	17,3
Создание «телефонов доверия», центров психологической поддержки молодежи	36,2	31,2	32,1	41.1
Открытие дворовых клубов для занятий по интересам	32,0	18.7	36,9	39,5
Затруднились дать ответ	10,1	18,7	4,7	5,2

Молодежь практически единодушно считает наиболее эффективным средством профилактики наркотизации демонстрацию фильмов, рассказывающих о последствиях употребления наркотических средств. В качестве эффективных методов профилактики респонденты называют также создание «телефонов доверия», центров психологической поддержки молодежи (в которых нуждается каждое учебное заведение), открытие дворовых клубов для занятий по интересам, секций, залов для занятий спортом. Большие надежды значительное число учащихся возлагают на такие формы профилактики наркозависимости, как тренинги «Равный обучает равного».

30.5. Мнения наркозависимых пациентов

В ходе интервью, проведенных с наркозависимыми представителями молодого поколения, были выявлены следующие типичные стратегии избегания вовлечения в потребление наркотиков.

1. *Стратегия поиска дополнительной информации о наркотиках.* Одна из самых эффективных. Отмечается, что *предрасположенность к вовлечению в потребление наркотиков обратно пропорциональна объему достоверных (преимущественно медицинских) знаний о них.* Многие респонденты, употребляющие наркотические препараты, отмечали, что начало «эксперимента» с наркотиками связано с любопытством и неосведомленностью о последствиях. Индивиды, информированные о степени вреда употребления наркотических веществ, имеющие наглядные примеры (наблюдавшие за протеканием абстинентного синдрома у других, имеющие родственников или знакомых, утративших здоровье или погибших от употребления наркотиков), практически не попадают в число наркоманов. Примерно так же воздействует дополнительная информация о сопутствующих заболеваниях (ВИЧ, гепатит В).

Стратегия информирования имеет низкую эффективность в связи с тем, что в последнее время отмечается «эффект усталости» молодежи от антинаркотической пропаганды, с одной стороны, обычно плохо организованной (по словам респондентов — «скучно и занудно»), с другой — молодежь предпочитает избегать негативной информации, не вписывающейся в ее видение окружающего мира или направленной на повышение уровня тревожности.

2. Стратегия внутреннего самоопределения основана не только на информированности о последствиях и осознании неминуемых негативных последствий употребления, но и на существовании у индивида иных жизненных установок. В их систему не вписывается употребление наркотических средств, зато вписывается способность отказаться от наркотика в ситуации предложения, мотивировав это не опасением за состояние своего здоровья, а наличием других приоритетов. Система приоритетов может базироваться на определенном занятии, несовместимом с употреблением наркотиков (например, профессиональный спорт), или на Я-концепции, исключающей потребление наркотиков.

3. *Стратегия избегания провоцирующих ситуаций* состоит в исключении из круга общения субъектов, имеющих отношение к употреблению наркотиков. Ее эффективность зависит от множества дополнительных факторов. Исследование показало, что полная изоляция от носителей наркотической культуры трудновыполнима, поэтому реализация этой стратегии возможна лишь при наличии оптимальных условий.

Литература

Абель И. В. Психохирургическое лечение — спекуляция надеждой // Независимый психиатрический журнал. 2003. № 1.

Аведисова А. С. Общие закономерности и индивидуальные различия в действии психотропных препаратов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. № 4. 2004.

Аксенов В. Г., Крылов А. В., КвачегинаЛ. М., Гусев А. М. Клинические проявления опийной наркомании у женщин // Опийная наркомания в молодом возрасте: Материалы научно-практической конференции (Омск, 16 декабря 1998 года). Омск, 1988.

Алкоголизм: (руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М.: Медицина, 1983.

Альпшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии. В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.

Альпшулер В. Б. Женский алкоголизм//Лекции по наркологии. Изд. 2/Под ред. Н. Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000.

Альпшулер В. Б. Клиника алкоголизма//Руководство по наркологии/ Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1. М.: Медпрактика-М, 2002.

Альпшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. М., 1994.

Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Л., 1991.

Андреев А. С. Клинико-биологическое исследование инверсии психосексуальной ориентации у мужчин: Автореф дис. ... канд. мед. наук. М., 1993.

Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука. 1980,

Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от ПАВ (патогенез) //Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. М.: Медпрактика, 2001.

Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от ПАВ // Вопр. наркологии, Ча 2. 1995.

Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000.

Анохина И. П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами//Consilium Medicum. V. 3. № 3. 2001.

Анохина И. П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. М.: Медпрактика-М. Т. 1, 2002.

Анохина И. П., Москаленко В. Д. Генетика алкоголизма и наркоманий // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1. М.: Медпрактика-М, 2002.

Антонян Ю. А., Голубев В. П., Кудряков Ю. Н. Изнасилования: причины и предупреждения: Пособие. М.: ВНИИ МВД СССР, 1990.

Антонян Ю. А., Гульдан В. В. Криминальная патопсихология. М.: Наука, 1991.

Антонян Ю. М., Верещагин В. А., Потапов С. А., Шостакович Б. В. Серийные сексуальные убийства. М., 1997.

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. Изд-во Института Психотерапии; Изд-во НГМА, 2000.

Архангельская Е. И. Трихотилломания. БМЭ. Изд. 3. Т. 25. М., 1985.

Асатиани Н. М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний: Дис.... д-ра. мед. наук. М., 1965.

Асратян Э. А. Рефлекторная теория высшей нервной деятельности // Избранные труды. М., 1983.

Бабаян Э. А. Закат метадоновых программ//Независимый психиатрический журнал. 2001. № 3.
Бабаян Э. А., Гонопольский М. X. Наркология. М: Медицина, 1987.
Балашов А. М. Парадокс патогенетической терапии наркоманий//Аддиктология. № 1. 2005.
Батлер У. Э. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России. Программы снижения вреда и российская правовая система. Лондон, 2003.
Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989.
Беззубова Е. Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания // Журн. невропатол. и психиатрии. № 7. 1993.
Белкин А. И. Индивидуальность и социализация // Гормоны и мозг. М., 1979.
Бессонова Т. Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического вуза: Автореф.... канд. психол. наук МПГУ им. В. И. Ленина. **М., 1994.**
Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986.
Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука. 1988.
Биоэтика: вопросы и ответы / Под ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. М.: 2005.
Битенский В. С, *Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А.* Наркомания у подростков. Киев: Здоров'я, 1989.
Бондаренко С. Н. Лечение и реабилитация больных с патологическим влечением к азартным играм // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия): Сб. мат-лов междунар. конф. / Под ред В. Д. Менделевича. Казань, 2004.
БоулбиД. Привязанность / Пер. с англ. М.: Гардарики, 2003.
Бохан Н, А., Пронин С. В., Пронина Н. А. Клонидин-налоксоновая терапия опиоидной зависимости (взаимодействие с показателями центральной гемодинамики). Томск: Издательство Томского университета, 2005.
Бухановский А. О. Болезнь зависимого поведения: определение, систематика, клиника // Актуальные вопросы охраны психического здоровья. Краснодар, 2003.
Буянов М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. М., **1995.**
Василенко Л. М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом, принципы лечения и реабилитация: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
ВасильеваЛ. П., Гульдан В. В., ГусинскаяЛ. В. и соавт. Особенности мотивации правонарушений против собственности, совершаемых психопатическими личностями // Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1986.
Васильченко Г. С. Частная сексопатология (Руководство для врачей). Т. 2. М.: Медицина, 1983.
Введенский Г. Е. Клинико-диагностические аспекты аномального сексуального поведения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994.
Введенский Г. Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дис.... д-ра мед наук. М., 2000.
Введенский Г. Е. Стратегия психотерапии и психокоррекции при аномальном сексуальном поведении // Проблемы современной сексологии и сексопатологии. М., 1996.
Введенский Г. Е., Каменсков М. Ю. Критерии достоверности психофизиологического исследования // Сексология и сексопатология. № 3. 2005.
Веснина О. Общество анонимных трудоголиков // www.newsinfo.ru. 2004.
Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 33 с.
Винникот Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург: Литур, 2004.
Владимиров Б. С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1993.
Власенко Л., Полтавец Д. Заместительная терапия с точки зрения этики и современного украинского законодательства // Материалы международной научно-практической конференции

«Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии». Казань. 2003.

Власова И. Б. Особенности формирования наркоманий у женщин // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. М,, 1997.

Войскунский А. Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. Т. 5. № 1. 2004.

Волчегорский И. А., Мельник В. И. Сравнительный анализ эффективности средств медикаментозного купирования алкогольного абстинентного синдрома. Российский психиатрический журнал. № 6. 2004.

Воробьева Т. М. Исследование функциональной организации системы положительных эмоций // Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. 1978.

Воробьева Т. М. Мозговая система позитивного подкрепления и ее место в механизмах морфинной зависимости //Аддиктология. № 1. 2005.

Воробьева Т. М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций // Международный медицинский журнал. Т. 8. № 1-2. 2004.

Воронин К. Э. Фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1973.

Гарбузов В. И. Навязчивые состояния у детей и подростков: Дис.... канд. мед. наук. Л., 1971.

Гарбузова С. Н. Причинно-следственные взаимоотношения функционального состояния эмоциональной системы мозга в формировании морфинной зависимости // Украинский вкник психоневрологии. Вып. 4. Хармв, 1994.

Гильбурд О. А. Избранные очерки эволюционной психиатрии. Сургут: Сургутнефтегаз. 2000.

Гофман А. Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003.

ГуберникВ. Я. Некоторые аспекты взаимосвязи невербального поведения и клинико-морфологических параметров при хроническом алкоголизме // Основы анализа невербального поведения при психических заболеваниях / Под. ред. А. Н. Корнетова. В. П. Самохвалова. Симферополь: ВНИИМИ, 1985.

Гузиков Б. М., Вдовиченко А. А., Иванов Н. Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. № 1.1993.

Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. Л.: Медицина, 1988.

Гуревич М. О, О психосензорной форме эпилепсии и об особых состояниях // Проблема эпилепсии. Труды Московской областной конференции по эпилепсии. Т. IV. М., 1936.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М.: Медицина. 1980.

Гурьева В. А., Морозова И. Г., Кузнецов И. В. Расстройства влечений в подростковом возрасте //Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 8. 1989.

Даренский И. Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности // Аддиктология. № 1. 2005.

Цворщенко В. П. Тест личностных акцентуаций. СПб.: Речь, 2002.

Церягина М. А. Эволюция поведения приматов (Этологический подход к проблемам антропосоциогенеза): Дис. ... докт. биол. наук. М., 1997.

Цжолдыгулов Г. А., Гусманов Р. М., Шевченко Ю. С. К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми //Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Мат-лы Российской научно-практической конференции / Под общ. ред. проф. А. В. Худякова. Иваново, 2005.

Дмитриева Т. Б., Игонин А. .П., Клименко Т. В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003.

Доказательная медицина в наркологии / Под ред. Е. М. Крупицкого и Э. Э. Звартау. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. Т. X. № 2, 2003.

Дьюсбери Д. Поведение животных: Сравнительные аспекты / Пер. с англ. М.: Мир, 1981.

Дьяченко А. П., Цымбал Е. И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками // Материалы XIII съезда психиатров России, ML, 2000.

Егоров А. Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. № 2. 2002. С. 78-80.

Егоров А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. № 1. 2003 (3).

Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // Наркология и аддиктология: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. Казань: Школа, 2004.

Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)//Аддиктология, № 1. 2005.

Егоров А. 10., Кузнецова Н. А., Петрова Е. А. Особенности личности лиц, зависимых от Интернета// Развитие специальной (коррекционной) психологии в изменяющейся России: Мат-лы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 2005» / Под ред. Л. А. Цветковой, Л. М. Шипицыной. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2005.

Егоров А. Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма// Вопросы наркологии. № 6. 2004.

Егоров А. Ю., УголевД. А., Евсеев С. П. Прыжок от наркотиков // Адаптивная физическая культура. № I (5). 2001.

Егоров А. Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. 2002.

Егоров В. Ф., Зайченко Н. М., Кошкина Е. А. и др. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. М.: НИИ наркологии МЗ России, 1998.

Елшанский С. П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ «снижения вреда» среди потребителей наркотиков // Вопросы наркологии. 2003. № 2.

ЕниколоповС. Н., Герасимов А. В, Дворянчиков Н. В. Проблемы психологического исследования лиц с аномалиями сексуального влечения // Материалы юбилейной конференции «Социальная и судебная психиатрия: история и современность», секция «Судебная сексопатология». М.. 1996.

Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 2000.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965.

Завьялова Н. В. Клинико-динамические особенности опийной наркомании при использовании в комплексной терапии нейростереотаксического метода//Материалы XIII съезда психиатров России. М.. 2000.

Зайцев В. В., Шайдулина А. Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Изд. дом «Нева». 2003.

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании // Постатейный комментарий к Закону РФ / Под редакцией В. П. Котова. М.: Республика, 1993.

Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа / Совместная позиция ВОЗ, УООННП, ЮНЭЙДС, Женева, 2004.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. Изд. 2. М.: МГУ, 1986.

Иванец Н. Н. Лекции по наркологии. Изд. 2, перераб. и расшир. М.: Нолидж, 2000.

Иванец Н. Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний/Лекции по наркологии. М.: Нолидж, 2000.

Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий //Журнал невропатологии и психиатрии. Т. 97. № 9. 1997.

Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). М.: Медпрактика-М, 2001.

Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). М.: Медпрактика, 2000.

Иванец Н. Н., Винникова М. А. Металкогольные (алкогольные) психозы // Руководство по наркологии: В 2 т. М.: Медпрактика-М. Т. 1, 2002.

Иванец Н. Н., Винникова М. А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Руководство по наркологии: В 2 т. М.: Медпрактика-М. Т. 2, 2002.

Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. СПб.: Изд-во Института им. В. М. Бехтерева, 1992.

Изард К. Е. Эмоции человека. М., 1980.

Илешева Р. Г. Нарушения поведения у детей и подростков. Алма-Ата: Наука. 1990.

Илюхина И. В., Заболотских И. Б. Энергодефицитные состояния здорового и больного человека. СПб., 1993.

Имелинский К. Сексология и сексопатология. М.: Медицина, 1986.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.

Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.

Каплан Г. И., СэдокДж. Клиническая психиатрия. Т. 2. М., 1994.

Карвасарский Б. Д. Неврозы (руководство для врачей). Изд. 2. М.: Медицина, 1990.

Касьянова К. О русском национальном характере. М., 1994.

Кесельман Л. £., *Мацкевич М. Г.* Социальное пространство наркотизма. Изд. 2, перераб. и доп. СПб.: Медицинская пресса. 2001.

Кесельман Л. £., *Мацкевич М. Г.* Социальное пространство наркотизма // Тимофеев Л. М. Наркобизнес. Начальная теория экономической отрасли. СПб.: Медицинская пресса, 2001.

Киткина Т. А. Типология ремиссий у больных опийной наркоманией // Сб.: Мат. межд. конф-ции. Часть II. Гродно, 1993.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.

Кон И. С. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1989.

Корнетов А. К, Самохвалов В. //., Коробов А. А., Корнетов Н. А. Этология в психиатрии. Киев: Здоровье, 1990.

Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития//Обозрение психиатрии и медицинской психологии. № 1.1991.

Короленко Ц. П. Работоголизм — респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. №1 . 1 993.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия // М.; Екатеринбург: Деловая книга, 2002.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.

Короленко Ц. П., Шпике Т. А. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве//Аддиктология. № 1. 2005.

Корсаков С. С. Избранные произведения. М.: Медицинская литература, 1954.

Корчагина Г. А., Кошкина Е. А. Особенности наркотизма у женщин // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. М., 1997.

Костерина И. Криминал, скандалы, реклама и проповеди: наркомания и наркотики в презентациях СМИ // Тринадцатый шаг: социология наркотизации / Под ред. Е. Омельченко. Ульяновск: Изд-во УлГУ, 2002.

Кошкина Е. А. Основные тенденции заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков России в 2004 году//Материалы XIV съезда психиатров России. М.: Медпрактика, 2005.

Кошкина Е. А. Оценка распространенности наркоманий и токсикомании в динамике на федеральном и региональном уровнях// Наркомания: ситуация, тенденция и проблемы. М., 1999.

Кошкина Е. А. Эпидемиология наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1. М.: Медпрактика-М, 2002.

Кравченко С. Л. Структурно-временные характеристики формирования алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. № 1. 2002.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991.

Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб., 1909.

Криштапь В. В., Агишева Н. К. Психодиагностика и психокоррекция нарушений сексуального здоровья //Сексопатология и андрология. Лекции для врачей. Вып. 2. Киев, 1995.

Крупицкий Е. М., Борцов А. В. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. Т. 2. № I. 2005.

Кудрявцев И. А., Дозорцева Е. Г., Симоненкова М. Б. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения // Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. М., 1991.

Кукк В. Трудоголизм: труд как наркотик и тирания долга // http://www.dr.kukk.wrk.ru

Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. М., 1996.

Ладыгина-Коте Н. Н. Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. М., 1935.

Лангмейер Й., Матейчек 3. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценнум, 1984.

Латышев Г. В., Бережная М. А., Речное Д. Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. М: Медицина. 1998.

Лебединский В. В. и др. Эмоциональные нарушения у детей и их коррекция. М., 1999.

Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. М., 1994.

Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев: Выща школа, 1989.

Леонова О. В. Патологическое воровство — клептомания. Обзор литературы // Российский психиатрический журнал. № 5.2004.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. Изд. 3. М.: Изд-во МГУ, 1972.

Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия (руководство для врачей). Л.: Медицина, 1985.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характерау подростков. Л.: Медицина, 1983.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.

Личко А. Е., Надеж-дин А. В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. Л., 1990.

Личко А. Е., Попов Ю. В. Саморазрушающее поведениеу подростков//Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. Л., 1990.

Лукомская М. И. О так называемых «патических» кражах и их судебно-психиатрической оценке // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы: Сб. науч. трудов. М., 1974.

Лукомский И. И. Лечение хронического алкоголизма. М.: Медгиз, 1960.

Лукьянов В. Снижает ли вред «снижение вреда»? /www.narkotiki.ru/ecolumn_5346.html

Майский А. И., Ведерникова Н. К, Чистяков В. В., Лакин В. В. II Биологические аспекты наркоманий. М.: Медицина, 1982.

Максимова Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб. пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

Мамцева В. Н. Клиника, лечение и профилактика вялопротекающей шизофрении у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1957.

Матузок Э. Г. Некоторые социально-психологические и неврологические аспекты опийной наркомании у женщин, прибывающих в местах лишения свободы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1993. 25 с.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Адис, 1994.

Мейлахс П. Наркомания в зеркале СМИ // Профилактика потребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни. СПб.: ЦРНО, 2004.

Мейлахс П. Опасности моральной паники по поводу наркотиков // Кредо-Ныо. № 1. 2003.

Мейлахс П. Публичное пространство в дискурсе российского неоморализма//www.narcom.ru.

Мелихов О. Г. Клинические исследования. М.: Атмосфера, 2003.

24 Зак. 3806

Меморандум «Нет метадоновым программам в Российской Федерации» // Медицинская газета. 31.03.2005.

Менделевич В. Д. Заместительная терапия и легализация наркотиков: подмена понятий // Материалы Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии». Казань, 2004.

Менделевич В. Д. Заместительная терапия как база для лечения труднокурабельной наркомании // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции «Наркомания и общество: пути решения проблемы». Казань, 2003.

Менделевич В. Д. Заместительная терапия наркозависимости в России: перспективы и реальность. Казань: Новый век, 2003.

Менделевич В. Д. Медицинские и немедицинские аргументы в дискуссии о заместительной терапии наркозависимых // Наркология. № 3. 2005.

Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). М.: МЕДпресс-информ, 2003.

Менделевич В. Д. Паксил в терапии сочетанной аддиктивной патологии — наркозависимости и гемблинга // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия): Сб. мат-лов междунар. конф. / В. Д. Менделевич (ред.). Казань. 2004.

Менделевич В. Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии // Российский психиатрический журнал. № 6. 2004.

Менделевич В. Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. Казань, 2004.

Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. Изд. 3, переработанное и дополненное). М.: МЕДпресс-информ, 2004.

Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособ. М.: МЕДпресс, 2001.

Менделевич В. Д. Расстройство зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. № 1. 2003.

Менделевич В. Д., Авдеев Д. А., Киселев С. В. Психотерапия «здравым смыслом». Чебоксары, 1992.

Менделевич В. Д., Менделевич Б. Д. Заместительная метадоновая терапия — меньшее из зол // Материалы Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. Казань, 2004.

Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. Т. 1. № 2.2003.

Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов. Казань: РЦПНН при КМРТ; Марево, 2002.

Меннинг О. Поведение животных. Вводный курс / Пер. с англ. М.: Мир, 1982.

Михайлова О. Ю., Менеджрицкая Ю. А. Потребность в интимном общении и особенности эмпатнческого реагирования у сексуально агрессивных преступников // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. М., 1996.

Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Лен. педиатрического мед ин-та/ Под ред. С. С. Мнухина. Т. 51. Л., 1968.

Москаленко В. Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и зашиты при употреблении психоактивных веществ подростками // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Т. 104. № 9. 2004.

Москаленко В. Д., Ванюков М. М. Алкоголизм и генетика. Обз. инф. ВНИИМИ. Медицина и здравоохр. Серия: Мед. генетика и иммунология. М., 1988.

Мосолов С, Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.. 1995.

Мохначев С. О. Героиновая наркомания у женщин // Афтореф. дис. ... канд. мед. наук. М.. 2001.

Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1. М.: Медпрактика-М, 2002.

Надеждин А. В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. № 5. 2001.

Надеждин А. В. Феноменология расстройств общего чувства при опийной абстиненции, Вопросы наркологии. 1994. № 3.

Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю., Авдеев С. Н., Слоневская С. Ю., Стрельцова Ж. П., Хохлов С. Е., Шастин В. И. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних. М.: НИИ Наркологии, 2000.

Назмутдинов А. Р. Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением // Материалы конф. «Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств» / Под ред. Н. Е. Буториной. Челябинск, 2000.

Наркология / Под ред. Л. С. Фридмана, Н. Ф. Флеминга, Д. X. Робертса, С. Е. Хаймана. М.; СПб.: Бином; Невский диалект, 1998.

Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Васильченко Г. С. М: Медицина, 1977.

ОзерецковскийЛ. С. Навязчивые состояния. М.: Медгиз, 1950.

ПантилеевС. Р. Методика исследования самоотношения. М., Смысл. 1993.

ПанченкоЛ. Ф., Балашов А. М. Саморегуляция опиатных рецепторов головного мозга крыс при хроническом введении морфина// Вестник АМН СССР. № 8. 1986.

Патология влечений у детей и подростков; клиника, диагностика, нейрофизиология, профилактика и коррекция. Тезисы докладов. М., 1996.

Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. М., 1995.

Пелипас В. Е. Этические проблемы в практической наркологии // Вопросы наркологии. № 1. 1998.

Перехов А. Я. Клиника и динамика фетишного трансвестизма с синдромом отвергания пола: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.

Петровский А. В. Общая психология. Изд. 3. М.: Просвещение, 1986.

Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств / Под ред. Ю. В. Белоусова. М.: Изд-во общества клинических исследователей, 2000.

Плиский Н. О клептомании («врожденной» наклонности к воровству). М.: РИО ГНЦ им. В. П. Сербского МЗРФ, 1995.

Погосов А. В. Проблемы наркологии (лекционный курс). Курск: Издательство КГМУ, 2005.

Попов Ю. В. Профилактика алкоголизма у подростков с девиантным поведением // Ремиссии при алкоголизме. Л., 1987.

ПортновА. А. Общая психопатология. М.: Медицина, 2004.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Изд. 2. Л.: Медицина, 1973.

Постное В. В.Дереча В. А. Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)/Сб. мат-лов междунар. конф. под общ. ред. проф. В. Д. Менделевича. Казань, 2004.

Постное В. В., Дереча В. А., Карпец В. В. Аддиктивное поведение в форме «состояния перманентной войны» в структуре расстройств адаптации у больных алкоголизмом — ветеранов боевых действий // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия) / Сб. мат-лов междунар. конф. под общ. ред. проф. В. Д. Менделевича. Казань, 2004.

Поттер-Эфрон Р. Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика// М.: Институт общих гуманитарных исследований, 2002.

Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под. ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000.

Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. Л.: Медицина, 1988.

Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994.

Пятницкая И. Н. Наркомания: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1997,

Пятницкая И. Н., Зобин М. Л. Короткая амбулаторная программа лечения опийной наркомании в раннем постабстинентном периоде // Наркология. № 6.2004.

Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.

Ратинова Н. А. Тест «Руки»: Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики. М.: Изд-во МГУ, 1989.

Романов Д. В.. Горпиненко С. В. Личностные механизмы формирования наркотической зависимости // Организация межведомственного взаимодействия по профилактике наркомании, лечении, реабилитации и трудоустройстве наркозависимых. Опыт Самарской области. Самара, 2001.

Рохлина М. Л., Воронин К. Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сборник научных трудов. СПб., 1991.

Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркоманическая личность//Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. № 7. 2000.

Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М.: Анахарсис, 2001.

Рохлина М. Л., Козлов А. А., Мохначев С. О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании // Вопросы наркологии. № 1. 2002.

Савченков В. В., Сиволап Ю. П., Капуджерович Л. В. Употребление алкоголя больными опийной наркоманией//Журнал невропатологии и психиатрии. Т. 100. № 10. 2000.

Саламова Д. К. Образ тела как источник развития половой «Я-концепции» // Сексология и сексопатология. № 2. 2003.

Самохвалов В. П. Вопросы этологии детства (типология, биологические основы и педагогическая модификация поведения)//Кабинет. 12. 1996.

Самохвалов В. П. История души и эволюция помешательства (начала эволюционного психоанализа). Сургут: АИИК «Северный дом», 1994.

Самохвалов В. П. Эволюционная психиатрия. Симферополь: ИМИС-НПФ «Движение» Лтд.. 1993.

Самохвалов В. П. Этология человека: некоторые последствия для антропологии и медицины. Сонат, 1995.

Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.: ОАО «Изд-во "Медицина"», 2005.

Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н. М. Жарикова. М.: Медицина, 2000.

Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Медико-социальная характеристика подростков женского пола с ранним алкоголизмом//Журнал невропатологии и психиатрии. Т. 87. № 10. 1987.

Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА, 1999.

Сикевич 3. В. Социология и психология национальных отношений. СПб.: 1999.

Симеон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М.: Медгиз, 1958.

Скугоняко А. П. Химиодистрессомания (причины и последствия наркологических болезней и их профилактика). Красноярск: Изд-во Красноярского университета, 1998.

Смирнова Н. Паника или Знание? Конструирование проблемы роста потребления наркотиков среди молодежи в местной прессе // Герои нашего времени. Социологические очерки / Под ред. Е. Омельченко. Ульяновск: Средневолжский научный центр, 2000.

Снежневский А. В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. Т. 2. М.: Медицина, 1983.

Соболева О. С, РеверчукИ. В. Клинико-психологические особенности больных с патологическим влечением к азартным играм в феноменологическом аспекте // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия). Сб. мат-лов междунар. конф. / В. Д. Менделевич (ред.). Казань, 2004.

Сперанский С. В.. Чухрова М. Г., Жуков Н. К. Метод болевого воздействия при лечении аддиктивного поведения и других проявлений авитальной активности // Материалы Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. Казань, 2004.

Старович 3. Судебная сексология / Пер. с польск. М.: Юридическая литература, 1991.

Столин В. В., Бодалев А. А. Общая психодиагностика. М.: Изд-во МГУ, 1987.

Стрельчук И. В. О клинике и дифференциальном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. М., 1964.

Строганов Ю. А., Капанадзе В. Г. Медико-психологические аспекты формирования психической зависимости у подростков // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. Л., 1978.

Субата Э. Заместительная терапия метадоном. Вильнюс, 2001.

Судаков К. В. Мотивации и подкрепления в системных механизмах поведения: динамические энграммы подкрепления // Журнал ВИД. Т. 45. Вып. 4. 1995.

СудаковК. В. Системные механизмы эмоционального стресса //АМН СССР М.: Медицина, 1981.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М.: Медгиз, 1959.

Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. Екатеринбург: Деловая книга, 1998.

ТишковаА. М. Особенности нейромедиаторного обеспечения механизмов подкрепления при стимуляции эмоциогенных зон гипоталамуса//Укр. вюник психоневрологии. Т. 3. Вып. I. Харюв, 1995.

ТкаченкоА. А., Введенский Г. Е. Феноменология и психопатология парафильного поведения // Аномальное сексуальное поведение / Под ред. Ткаченко А. А. М.: РИО ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, 1997.

Ткаченко А. А., Введенский Г. £., Дворянчиков Н. В. Судебная сексология. М.: Медицина, 2001.

Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977.

Усков А. Неистребимая аддикция к жизни // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.

Флетчер Р., Флетчер С, Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины. М.: Медиасфера, 2004.

Фрейд 3. Три очерка по теории сексуальности // Психология бессознательного. М., 1990.

Хавкин А. Ю. Комплексная диагностика нарушений сексуального предпочтения (клинико-психопатологический, психофизиологический и психологический анализ). Дис.... канд. мед. наук. М., 2003.

Хейзинга Й. Homo ludens. М., 1992.

Хмарук И. Н. Патологическая любовь как форма болезни зависимого поведения // Бехтерев В. М. и современная психология: Мат-лы докладов на российской научно-практической конференции. Казань. КГУ. 29-30 сентября 2005 года. Вып. 3. Т. 2. Казань. Центр инновационных технологий, 2005.

Хмарук И. Н., Степанова Ю. С. Социально-психологическая предиспозиция формирования эротических аддикций // Бехтерев В. М. и современная психология. Мат-лы докладов на российской научно-практической конференции. Казань. КГУ. 29-30 сентября 2005 года. Вып. 3, т. 2. Казань. Центр инновационных технологий, 2005.

Хомская Е, Д. Нейропсихология. М., 1987.

Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. М., 2000.

Циркин С. Ю. Шизофрения: транскультуральное исследование. Дис. ... докт. наук. М., 1988.

Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии//Аддиктология. № 1. 2005.

Чирко В. В., Демина М. В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). М.: Медпрактика-М, 2002.

Чудова И. В. Особенности образа «Я» «жителя Интернета» // Психологический журнал. № 1. Т. 22. 2002.

Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. Изд. 2. СПб.: Лань, 1999.

Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. СПб., 1999.

Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб.: Лань, 2000.

Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб.: Лань. 2000.

ШайдуковаЛ. К. Ауто-деструктивные и аддиктивные аспекты раннего женского алкоголизма// Наркология, № 9. 2003.

ШайдуковаЛ. К. Зависимости выбор и преодоление // Казань: Анархис, 2005.

ШайдуковаЛ. К. Наркомании, алкоголизм, вопросы профилактики и реабилитации. Казань. 2002.

ШайдуковаЛ. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин//Дис.... д-ра мед. наук. М., 1996.

Шайдукова Л. К. Сексуальная агрессия в клинике женского алкоголизма // Вопросы наркологии. №4. 1993.

ШайдуковаЛ. К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. Казань, 1994.

ШайдуковаЛ. К., ОвсянниковМ. В. Феномен «стигмаггизации» в наркологической практике// Казанский мед. журнал. № 1. 2005.

ШахмардановМ. 3., Надеждин А. В. ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 2. М.: Медпрактика-М, 2002.

Шевченко Ю. С. Клинические особенности и динамика невроза навязчивых состояний у детей и подростков. Дис. ... канд. мед. наук. Л., 1980.

Шевченко Ю. С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 9. № 3. 1999.

Шевченко Ю. С. Психопатология трихотилломании: инстинкт-привычка-влечение// Патология влечений у детей и подростков: клиника, диагностика, нейрофизиология, профилактика и коррекция. Тезисы докладов. М., 1996.

Шевченко Ю. С, *Васильев М. В.* Способ психотерапии патологических привычных действий с помощью аппарата биологической обратной связи // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 4. №3. 1994.

Шевченко Ю. С, Добридень В. П. Радостное взросление: личностный рост ребенка (Методика ИНТЭКС). СПб.: Речь, 2004.

Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. М.: Оптим Груп, 2003.

Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев С. Б., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М., 2001.

Шумский Н. Г. Алкогольные (металкогольные) психозы // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.

Шюркуте А. А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивозтями // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 11. 1990.

Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.

Эткинд А. М. Цветовой тест отношений: Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. М.: Изд-во МГУ, 1988.

Этнические стереотипы поведения / Под. ред. А. К. Байбурина. М.: 1985.

Юлдашев В. Л. Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.

Юлдашев В. Л. Формирование наркоманий и токсикомании у девочек подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990.

Юрьев Г. П. Мировоззренческая травма как один из филогенетических механизмов аддикций // Аддиктология. № 1. 2005.

Янг К. С. Диагноз — интернет-зависимость // Мир Интернет. № 2. 2000.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

(DSM-IV) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington D.C., American Psychiatric Association. 1994.

Acker C J. Stigma or legitimation? A historical examination of the social potentials of addiction disease models // Journal of Psychoactive Drugs. V. 25. № 3. 1993.

Adalbjarnardottir S., Rafnson F. D. Adolescent antisocial behavior and substance use: Longitudinal analysis//Addictive Behaviors. V. 27. 2002.

Agatsuma S., Hiroi N. Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits // Nihon Shinkei Seishin YakurigacuZasshi. V. 24.2004.

AhmadiJ, Buprenorphine Maintenance Treatment for Iranian Patients With Opioid Dependency //Addict Disord, and Their Treatment, 2002. Vol. I.

Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. 2002. / www.annualreport.emcdda.eu.int.

Alati R.. Kinner S., Najman J. M., Fowler G, Watt K., Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department //Alcohol. Sep.-Oct. V. 39. № 5. 2004.

A lien L.M., Nelson C. J., Rouhbakhsh P., Scifres S. L., Greene R L., Kordinak S. T., Davis L.J. Jr, Morse R. M. Gender differences in factor structure of the Self-Administered Alcoholism Screening Test // J. Clin. Psychol., Jun. V. 54. № 4. 1998.

Amichai-Hamburger Y., Ben-ArtziE. Loneliness and internet use//Computers and Human Behavior, Jan. V. l.N 19.2003.

Anderson W. P., KunceJ. T. Sex Offenders. Three personality types //Journal of Clinical Psychology. Vol. 35. N3. 1979.

Arnold R., Avants S.K., Margolin A., Marcotte D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment // J. Subst. Abuse Treat. Dec. V 23. № 4. 2002.

Auriacombe M. Buprenorphine and methadone treatments in France // In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». St.-Petersburg, 2003. P. 4.

BaekelandP. Exercise deprivation //Arch. Gen. Psychiatry. V. 22. 1970.

Bale R. N.. Arnoldussen B. H., Quittner A. M. Follow-up difficulty with substance abusers: predictors of time to locate and relationship to outcome // Int. J. Addict. 1984. Dec. 19. (8):885-902.

Bale R. N.. Cabrera S., Brown J. Follow-up evaluation of drug abuse treatment // Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1977. 4 (2):233-249.

Balint M. The basic fault: therapeutic aspects of regression. London: Tavistock, 1968.

Ball J. A., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. N.Y.: Springer-Verlag, 1991.

Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity or What? Towards a Theoretical Model //J. Sex Res., Aug. V. 41. №3. 2004. •

Barnett P. G. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention // Addiction, 1999. Vol. 94.

Barnett P. G., Hui S. S. The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance // The Mount Sinai Journal of Medicine, 2000. Vol. 67. N 5-6.

Barrett M. E. Wat Thamkrabok: a Buddhist drug rehabilitation program in Thailand // Subst. Use Misuse, Mar. V. 32. № 4. 1997.

Bayon A., Anton B. Diurnal rhythm of the in vivo release of enkephalin from the globus pallidus of the rat // Regul. Pept., V 15. 1986.

Beaty L. Effects of paternal absence on male adolescents peer relations and self-image //Adolescence. Vol.30, 1995.

Bechara A., Neurobiology of decision-making: Risk and reward // Semi. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. №3.2001.

Beck A., Freedman A., Pretzer J. et al. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford press. 1990.

Bern S. The measurement of psychological androgyny // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 42. 1974.

Ben-Shakhar G. Clinical judgment and decision-making in CQT-polygraphy. A comparison with other pseudoscientific applications in psychology// Integr, Physiol. Behav. Sci.. 1991, Jul-Sep; 26(3)

Ben-Yehunda N. The politics and moral panics, drug abuse and reversed stigmatization. Albany: State University of New York Press, 1990.

BianchiA., Phillips J. G. Psychological predictors of problem mobile phone use//Cyberpsychol. Behav. Feb. V. 8. *Xs* 1.2005.

Bielskute J., Zaborskis A. Alcohol addiction of adolescents and risk factors related to this habit // Medicina (Kaunas). V. 41. № 5. 2005.

Black D. W. Compulsive buying: A review//Journal of Clinical Psychiatry. V. 57. 1996. P. 50-54.

Black D. W., Kehrberg L. L. D., Flumerfelt D. L., Schlosser S. S. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior//American Journal of Psychiatry. V. 154. №. 2. 1997.

BlanchardD. C. Sex differences, drugs, and defensive behavior//NIDA N1H Publication, № 98 (4289). 1998.

Blanco C, Moreyra P., Nunes E. V., Saiz-Ruiz J., Ibanez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? // Semin. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. № 3. 2001.

Blaszczynski A., Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling//Addiction. May. V. 97. № 5. 2002.

BlattS. J., Berman W,, Bloom-FeshbackS. etal. Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts//New Ment. Dis. V. 172. 1984.

Blumenthal S. A guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients/Med. Clin. N. Amer.,V.72. 1988.

Booth R. E., Crowley T. J., Zhang Y Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users//Drug Alcohol Depend. 1996, Sep., 42(1): 11-20.

Bordo S. Reading the slender body // In M. Jacobus, E. F. Keller, and S. Shuttleworth, (eds.) Body /Politics: Women and the discourse of science. London: Routledge, 1990.

Brady K. T., Grice D. £., *Dustan L., Randall C.* Gender differences in substance use disorders // American Journal of Psychiatry, № 150 (11). 1993.

Breen R. B., Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers // J. Gambl. Stud. V. 18,№ 1.2002.

Bretteville-Jensen A. L. Sex differences concerning the habit patterns and health among intravenous heroin addicts in Oslo // Tidddskr. Nor. Laegeforen, № 20. 2000.

Brisset-Chapman S. African-American women and trauma: depression, drugs, and families // NIDA NIH Publication, № 98 (4289). 1998.

Brook J. S. Childhood and precursors to drug use//NIDA NIH Publication. № 398 (4298). 1998.

Brown R. I. F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions // In W. R. Eadingtone & J. A. Cornelius, Gambling Behavior and Problem Gambling. Reno: University of Nevada Press. 1993.

BrustJ. C. M. Neurological aspects of substance abuse. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Inc., 2004.

Burke R. J. Workaholism, self-esteem, and motives for money // Psychol. Rep. Apr. V. 94. № 2. 2004.

Burke R., Burgess Z, *Oberklaid F.* Workaholism and divorce among Australian psychologists // Psychol. Rep. Aug. V. 93. № 1. 2003.

Bygvist S. Polydrug misuse patterns in Sweden: gender differences // Substance Use & Misuse, № 34(2). 1999.

Byrne A., Newman R. Methadone — myths and mystery // Heroin Crisis. Bookman Press. Melbourne, 1999.

Caille S., Parsons L. H. SR141716A reduces the reinforcing properties of heroin but not heroin-induced increases of nucleus accumbens dopamine in rats // Eur. J. Neurosci. V. 18. 2003.

Campbell W. G. Addiction: A disease of volition caused by a cognitive impairment // Canadian J. Psychiatry. V. 48. № 10. 2003.

Caplan S. E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive — behavioral measurement instrument//Computers in Human Behavior. Sept. V. 18. № 5. 2002.

Carlton P. L., Manowitz P., McBride H., Nora R., Swartzburg M., Goldstein L. Attention deficit disorder and pathological gambling//J Clin Psychiatry. Dec. V. 48. № 12. 1987.

Carries P. Contrary to Love: Helping the Sexual Addict. Minneapolis, MN, ComCare Publishers, 1989.

Carries P. J. Contrary to Love. Hazelden Publishing and Education, Center City, Minnesota, 1989.

Cavedini P., RiboldiG, Keller R., D'AnnucciA., BellodiL. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients//Biol. Psychiatry. Feb. 15. V. 51. №4. 2002.

Chambers A., Potenza M. Neurodevelopment. Impulsivity, and Adolescent Gambling // J. Gamling Studies. V. 19. №1.2003.

Champion R. H. (Ed.). An introduction to the biology of skin. Philadelphia: Davis, 1970.

Chandra P. S., Krishna V. A., Senegal V., RamakrishnaJ. High-risk sexual behavior and sensation seeking among heavy alcohol users//Indian J. Med. Res. Feb.. V. 117. 2003.

Chatterji P., Dave D., Kaestner R., Markowitz S. Alcohol abuse and suicide attempts among youth // Economics and Human Biology. 2004 Jun. V. 2. N 2 .

Clark J. V, Arkowitz H. Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance // Psychol. Rep. Feb., 36:1. 1975.

Coleman-Kennedy C, Pendley A. Assessment and diagnosis of sexual addiction // J. American Psychiatric Nurses Association. V. 8. № 5. 2002.

Collins R. L. Stress and coping among women //NIDA NIH Publication, № 98 (4289). 1998.

Comer R. J. Fundamental of abnormal psychology. 2 Ed., Worth Publ. W. H. Freeman and Co, NY. 2001.

Comings D. E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N.. Wu S., Muhleman D., Chen C, Koh P., Farwell K, Blake H, Dielz G, MacMurrayJ. P., Lesieur H. R., Rugle L. J., Rosenthal R. J. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling //Clin. Genet. Aug. V. 60. №2. 2001.

Cook C. C. Addiction and spirituality //Addiction. May. V. 99. № 5. 2004.

Cottier L. B., Compton W.M., Ben-AbdallahA., Home M., Claverie D. /Achieving a 96.6 percent follow-up rate in a longitudinal study of drug abusers//Drug Alcohol Depend, 1996, 41:209-217.

Crisp A. H. The tendency to stigmatise // British Journal of Psychiatry. V. 178. 2001.

Cupchik W. and Atchieson J. D. Shoplifting: An Occasional Crime of the Moral Majority // Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law. V. 11. 1983.

CusteR., Linnoil M., Loren V., RoA. Personality factors and pathological gambling//Acta Psychiatr. Scand. V. 80. №1. 1989.

Custer R. L. Profile of the pathological gambler//J. Clin. Psychiatry. Dec. V. 45. № 12. Pt. 2. 1984.

Dale A., Jones S. S. The Methadone Experience: The Consumer View. London: The Centre for Research, 1992.

Dannon P N. Topiramate for the Treatment of Kleptomania: A Case Series and Review of the Literature // Clinical Neuropharmacology, V. 26. № 1. 2003.

Darke S., Hall W., Wodak A., Heather N.. Ward J. Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index // Br. J. Addict. 1992, May. 87(5): 733-42.

Darke S., Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors // Drug Alcohol Depend, № 48 (2). 1997.

Dawes M. A., Antelman S. M., Vanyukov M. M., Giancola P., Tarter R. £., *Susman E. J., Mezzich A., Clark D. B.* Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorder// Drug and Alcohol Dependence, V. 61. 2000.

Dawes M. A., Tarter R. E., Kirisci L. Behavioral self-regulation: Correlation and 2-year follow up for boys at risk for substance abuse // Drug and Alcohol Dependence. V. 45. 1997.

DeCariaC.M., Hollander E., Grossman R., Wong C A/., *MosovichS. A., CherkaskyS.* Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling//J Clin Psychiatry. V. 57. Suppl. 8. 1996.

Deitz S. R., Blackwell К T., Daley P. C, Bentley B J. Measurement of empathy toward rape victims and rapists // Journal of Personality and Social Psychology. Aug., 43:2, 1982.

Delfabbro P., Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents // Journal of Adolescence. V. 26. № 3. 2003.

Desmond D. P.. Maddux J. F., Johnson T. H, Confer B. A. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation // J. Subst. Abuse Treat. 1995. Mar.-Apr..l2(2): 95-102.

Di Marzo V., Sepe N.. De Petrocellis L., Berger A.. Crozier G., Fride £., *Mechoulam R.* Trick or treat from food endocannabinoids? // Nature V. 396. 1998.

Dole V. P., Nyswander M. A. Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction // JAMA, 1965. Vol. 193. №8.

Dorner G. Hormonabhangiage sexuale Fehlstenerung// H. Szewczy, H. Burhardt (Hrsg.) Sexualitat. Berlin: VEB Gustav Pischer, 1978.

Eibl-Eibesfeldt I. Human Ethology. NY: Aldane - de Gruyter? 1989.

Eisen S. A.. Slutske W. S., Lyons M. J., Lassman J., Xian H., Toomey R.. Chantarujikapong S., Tsuang M. T. The genetics of pathological gambling // Semin. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. № 3. 2001.

ElaadE., Ben-Shakhar G. Effects of item repetitions and variations on the efficiency of the guilty knowledge test // Psychophysiology, 1997, Sep., 34(5).

ElaadE., Ben-Shakhar G. Effects of motivation and verbal-response type on psychophysiological detection of information // Psychophysiology, 1989. Jul., 26(4),

Ely M., Hardy R., Longford N. T., Wads-worth M. E. J. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for body water//Alcohol and Alcoholism, V. 34. № 6. 1999.

Erickson P. J. Drugs, violence and public health: What does the harm reduction approach have to offer Fraser Institute, Vancouver, 2001.

Evans K., Sullivan J. Dual diagnosis. New York, London: Guilford Press, 2001.

Ewing J. A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire // Journal of the American Medical Association, V. 252. 1984.

Faber R. J., O'Guinn T. C A clinical screener for compulsivie buying // J. Consumer Res. V. 19. 1992.

Fairbairn W. R. D. An object relations theory of the personality. New York: Basic Books, 1954.

FedoroffJ. P., Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests //Annals of Sex Research. V. 6. 1993.

Ferrante F. M. Опиоиды// В кн.: Послеоперационная боль / Под ред. Ф. М. Ферранте. Т. Р. Вейд-Бонкора / Пер. с англ. М.: Медицина, 1998.

Fishbain D. A. Kleptomania As Risk Taking Behavior in Response To Depression // American Journal of Psychotherap.V. 41. 1987.

Fishbain D. A. Medico-legal rounds: medico-legal issues and breaches of «Standards of Medical Care» in opioid tapering for alleged opioid addiction. Pain-Med. 2002, 3(2): 135-142.

Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents // Addiction Research, Dec. V. 7. № 6. 1999.

French M. T., Dunlap L,, Zarkin G. A,, McGeary K. A., McLellan A.T. A Structured instrument for Estimating the Economic Costs of Drug Abuse Treatment. The Drug Abuse Treatment Costs Analysis program (DATCAP) // J. Subs. Abuse Treat. 1997, 14(5).

French M. T., Salome H. J., Carney M. Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington //Soc. Sci. Med. 2002, Dec. **55(12): 2267-82.**

FreimdK. Courtship disorder: Is this hypothesis valid? // Human sexual aggression. An NewYork Ac. Sci., 1988.

Frye M. A., Altshuler L. L., McElroy S. L., Suppes T., Keck P. E,, Denicoff K., Nolen W. A., Kupka R., LeverichG. S., PollioC, Grume H., WaldenJ.,PostR. M. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // Am. J. Psychiatry, May, V. 160. №5.2003.

FuredyJ. J. Evaluating polygraphy from a psychophysiological perspective: a specific-effects analysis // Pavlov J. Biol. Sci, 1987, Oct.—Dec, 22(4).

Gedo J. Conceptual issues in psychoanalysis: essays in history and method / Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1986.

Gernefski N.. De Wilde E. J. Addiction-risk behaviors and suicide attempts in adolescents // Journal of Adolescence. Apr. V. 21. № 2. 1998.

Gibson D. R., Flynn N. M., McCarthy J. J. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users //AIDS, 1999. Vol. 13. P. 1807-1818.

Godfrey C., Stewart D., Gossop M. Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS) // Addiction. 2004, Jun. 99(6): 697-707.

Gold M. S., Johnson C R., Stennie K. Eating Disorders // Substance abuse: A comprehensive textbook / J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman and J. G. Langrod, (Eds). Williams & Wilkins, Baltimore. 1997.

Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996?. In Psychom.net, http://www.sciencedirect.com/science?_ob=RedirectURL&_method=externObjLink&_locator=url&_cdi=5067&_plusSign=%2B&_targetURL=http%253A%252F%252Fwww.psycom.net, accessed 20 November. 2004.

Goldman M. J. Kleptomania: The Compulsion to Steal — What Can be Done? Far Hills. NJ: New Horizont? Press. 1998.

Goldstein P. J., Abbott W., Paige W., Sobell. & Soto F. Tracking procedures in follow-up studies of drug abusers//Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1977; 4, 21-30.

Gomberg E. S. Shame and guilt issues among women alcoholics //Alcohol Treatm. quart. V 4. № 2. 1987.

Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction. J. Sex & Marital Therapy. 18, 1992.

Goodwin D. et al. Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics // Arch. Gen. Psychiat, V. 34. № 9. 1977.

Graham Ph. Child Psychiatry. A developmental approach. Oxford N.Y. Tokyo. Ox. un. press, 1986.

Grant J. EL, Kim S. IV, Potenza M. N.. Blanco C, IbanezA., Stevens L., HektnerJ. M., Zaninelli R. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial // Int. Clin. Psychopharmacol. Jul. V. 18. № 4. 2003.

Grant J. F. Co-occurrence of personality disorders in persons with kleptomania: a preliminary investigation // J Am Acad Psychiatry Law. V 32:4. 2004.

Grant T. M., Ernst C. C, *Streissguth A. P.* An intervention with high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: the Seattle Advocacy Model //American Journal of Public Health, №86(12). 1996.

Greenberg H. R., Sarner C A. Trichotillomania. Symptom and syndrome //Arch. Gen. Psychiat., V 12. №5. 1965.

Greenfield D. M. Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyberfreaks, and Those Who Love Them. Oakland: New Harbinger Publ., 1999.

Grella C. H., Joshi V. Gender differences in drug treatment careers among clients in the national drug abuse treatment outcome study //Am, J. Drug Alcohol Abuse, № 25 (3). 1999.

Griffiths M. D. Internet addiction — time to be taken seriously? // Addiction Research. Oct. V. 8. №. 5. 2000.

Griffiths M. D. Internet addiction: Internet fuels other addictions // Student British Medical Journal. V. 7. 1999.

Griffiths M. D. Internet addiction: does it really exist? // In: Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications / J. Gackenbach (Ed). San Diego: CA, Academic Press, 1998.

GrothA. N. Men Who Rape: The Psychology of the Offender. New York: Plenum Press, 1979.

Grubin D. Predictors of risk in serious sex offenders // British Journal of Psychiatry. Vol. 72, Supl. 32, 1997.

Gunne L-M., Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study // Drug Alcohol Depend, 1981. Vol. 7.

Habrat B. Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution. P. 107-119 // Development and improvement of substitution programmes / Seminar. Strasbourg. October, 2001.

Haighighat R. A unitary theory of stigmatization: pursuit of self-interest and routes to destigmatization // British Journal of Psychiatry, V. 178. 2001.

HallmanJ., Persson M., Klinteberg B. Female alcoholism: Differences between female alcoholics with and without a hystory of additional substance misuse // Alcohol and Alcoholism. V. 36. №. 6. 2001.

Hamburger Y.A., Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet // Computers in Human Behaviour. V. 16. 2000.

Hartman B. J. Comparison of selected experimental MMPI profiles of sexual deviates and sociopaths without sexual deviation // Psychol. Rep., Feb., 20(1), 1967.

Hatcher A. S. From one addiction to another: life after alcohol and drug abuse //Nurse Pract. V. 14. №11. 1989.

Hayes S. C, Brownell K. D.. Barlow D. H. Heterosocial-skills training and covert sensitization. Effects on social skills and sexual arousal in sexual deviants // Behavior Research and Therapy, 21:4, 1983.

HeilbrunA. Human sex-role behavior//Pergamon Press. Emory University, 1981,p. 19-167,212.

Herkov M. J., Gynther M. D., Thomas S., Myers W. C. MMPI differences among adolescent inpatients, rapists, sodomists, and sexual abusers // Journal of Personality Assessment. 661. Feb.. 1996.

Hiser Y. I., AnglinM. D., McGlothlin W. Sex differences in addict careers. Initiation of use//Am. J. Drug Alcohol Abuse, № 13(1&2). 1987.

Hobbs W. R., Rail T. W., Verdoorn T. A. Hypnotics and sedatives; ethanol // Hardman J. G.. Gilman A. G„ Limbird L. E. (eds.), Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics (9th ed.). New York: McGraw Hill, Health Professions Division, 1996.

Hollander £., BuchalterA. J., DeCaria CM. Pathological gambling // Psychiatr. Clin. North Am.. Sep. V. 23. № 3. 2000.

Holopainen A. Buprenorphine treatment in Finland // In Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». St.-Petersburg, 2003.

Hotton T, Haans D. Alcohol and drug use in early adolescence // Health Rep., May. V. 15. № 3. 2004.

Houston R. J., Bauer L. O., Hesselbrock V. M. Effects of borderline personality disorder features and a family history of alcohol or drug dependence on P300 in adolescents // International Journal of Psychophysiology V. 53, N 1, Jun., 1999.

Howells K., Shaw F, Greasley M., Robertson J., Gloster D., Metcalfe A'. Perceptions of rape in a British sample: effects of relationship, victim status, sex, and attitudes to women // Br. J. Soc. Psychol., Feb. 23 (Pt. 1), 1984.

http://bio.fizteh.ru/student/files/biology/biolections/lection23.html

Hubbard R. L., CraddockS, G, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) // J. Subst. Abuse Treat. 2003. Oct., 25(3): 125-34.

Hubbard R. L., Marsden M. E., RachalJ. V., Harwood H, Cavanaugh E. R. & Ginzburg H. M. Drug abuse treatment: A national study of effectiveness (p. 13-42). Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989.

Humphries D. Crack mothers: pregnancy, drugs and the media. Columbus: Ohio State University Press, 1999.

Hurley D. L. Women alcohol and incest: an analytical review//J. Stud. Alcohol, V. 52. №3. 1991.

lacono W. G., Carlson S. R., Taylor G, Elkins I. J., McGue M. Behavioral disinhibition and the development of substance use disorders: Findings from the Minnesota Twin Family Study // Dev. Psychopathol. V. 11. 1999.

IbanezA., BlancoC, Donahue£, LesieurH. R., PerezdeCastro/., Fernandez-Piqueras J., Saiz-RuizJ. Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment//Am. J. Psychiatry, Oct. V. 158.2001.

IbanezA. I, BlancoC, MoreryraP, Saiz-RuizJ. Gender differences in pathological gambling//J. Clin. Psychiatry, Mar. V. 64. № 3. 2003.

Ibanez A.2, Blanco C, Perez de Castro /., Fernandez-Piqueras J., Saiz-Ruiz J. Genetics of Pathological Gambling//Journal of Gambling Studies. V. 19. №. 11. 2003.

Jarwis T. J., Copeland J. Child sexual abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment // Drug Alcohol Depend, № 49 (I). 1997.

Jepsen P. W. Naltrexone. An opioid antagonist to support the drug-free state in previous opioid addicts having stopped the habit//Ugeskr. Laeger.V. 152. №36. 1990.

Johnson M. E., Jones G, Brems C. Concurrent validity of the MMPI-2 feminine gender role GF and masculine gender role GM scales//Journal of Personality Assessment. 661. Feb., 1996.

Kafka M. P. Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors// CNS Spectrums. V. 5. № 1. 2000.

Kaiser, G. Comment/discussion. In: Nitsch, K (ed.). Was wird aus unseren Kindern? Heidelberg: Huthig Verlag, 1978.

Kamibeppu K, Sugiura H. Impact of the mobile phone on junior high-school students' friendships in the Tokyo metropolitan area // Cyberpsychol. Behav, Apr. V. 8. № 2. 2005.

Kaminer Y, Burleson J.A., JadamecA. Gambling behavior in adolescent substance abuse //Subst. Abus. Sep. V. 23. №3.2002.

Kandel D. B. Epidemiology of drug use and abuse among women//N1DANIH Publication. №98 (4289). 1998.

KandellJ. J. Internet addiction on campus: The vulnerability of college students// Cyber Psychology and Behavior. V. 1. № 1. 1998.

Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / editors, Benjamin J. Sadock. Virginia A. Sadock. 8th ed. LWW, 2005.

Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers // Journal of Substance Abuse Treatment, Dec. V. 25. № 4. 2003.

Kessler R. C, Crum R. M., Warner L. A., Nelson C. B., Schulenberg, J., Anthony J. C. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey //Archives of General Psychiatry. V. 54. 1997.

Khantzian E. J. A preliminary dynamic formulation of the psychopharmacologic action of methadone / Proceedings of the Fourth National Methadone Conference, San Francisco. V. 28. 1972.

Khantzian E. J. Opiate addiction: a critique of the theory and some implications for treatment / Amer. J. Psychotherapy. V. 28. 1974.

Khantzian E. J. Self-regulation and self medication factors in alcoholism and the addictions / Recent Developments in Alcoholism. New York: Plenum. V. 8. 1990.

Khantzian E. J. The ego, the self and opiate addiction: theoretical and treatment considerations / Internal. Rev. Psychoanal. V. 5. 1978.

Khantzian E. J., Mack J. E. Self-preservation and the care of the self-ego instincts reconsidered// The psychoanalytic study of the child. V. 38. 1983.

Khantzian E. J., Wilson A. Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering / Hierarchical conceptions in psychoanalysis, ed. A. Wilson & J. E. Gedo. New York: Guilford Press. 1993.

Kim K, Ryu £., *Chon M. Y, Yeun E. J., ChoiS. Y, SeoJ. S., Nam B. W.* Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey// International Journal of Nursing Studies, Article in Press.

King A. C, *BernardyN. C., Haune K.* Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers//Addictive Behaviors. Jan.—Feb. V. 28. № 1. 2003.

Kirkcaldy B. D., Siefen G, Sural! D., BischoffR. J. Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents // Personality and Individual Differences. 2004, Jan. V. 36. № 2.

Kjelsas E., Augestad LB, Flanders D. Screening of males with eating disorders // Eat. Weight Disord. 2003. Dec. V. 8. №4.

Kjelsas El, AugestadL. B., Gotestam KG. Exercise dependence in physically active women // Eur. J. Psychiatry. 2003. V. 17. № 3.

Kleber H. Addiction pharmacotherapy in the USA: issues in implementing the science//Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». St.-Petersburg. 2003.

Kleber H. D. Opioids: detoxification // Galanter M., Kleber H. D. (eds.). Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.

Kleber H. D., Gold M. S. Use of psychotherapeutic drugs in the treatment of methadone maintained narcotic addicts //Am. Acad. Sci., V. 33. 1978.

Kohut H. The analysis if the self/New York: International Universities Press, 1971.

KolarskyA., MadlafousekJ. The Inverse Role of'Preparatory Erotic Stimulation in Exhibitionists: Phallometric Studies //Archives of Sexual Behavior. Vol. 12. №2. 1983.

KoobG. F. Drug addiction: the yin and yang of hedonic homeostasis. //Neuron. 1996. May, 16(5): 893-6.

Koob G. F. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies of the extended amygdale. Eur-Psychopharmacol. 2003. 13 (6): 442-452.

Korolenko C. P., Donskih T. A. Addictive behavior in women: a theoretical perspective // Drugs and Society. Haworth Press. New York. V. 4, 1990.

Kosutova L., Weiss P. Psychological characteristics of deviant sexual aggressors // Cesk Psychiatr. Dec. 89:6,1993.

Kouimtsidis C, McCloud A. Psychiatry update: the stigma of substance and alcohol misuse // Update 22, March, 2001.

Kraut R., Patterson M, *Lundmark* K, *KieslerS., Mukopadhyay T., Scherlis W.* Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // Am. Psychol.. V. 53.1998.

Kreek M. J. The addict as a patient / In Lowinson J. H., Ruiz P.. Millman R. B. & Langrod .1. G. (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (p. 997-1009). Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment / Internal. J. Psychoanalytic Psychother. V. 9. 1982-1983.

Krystal H. Trauma and the stimulus barrier / Paper presented to meeting of American Psychoanalytic Association. New York, 1970.

Krystal J. H. Assessing alexithymia integration and self-healing, ed / H. Krystal. Hellisdale, NJ: Analytic Press. V. 8. 1988.

Ladouceur R., Jacques C, *Ferland F., Giroitx I.* Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later // Can J Psychiatry. V. 44. 1999.

Langhinrichsen-RohlingJ, Rohde P, SeeleyJR, Rohling ML. Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling// J. Gambl. Stud.V. 20. № 1.2004.

Ledgerwood D.M., Downey K.K. Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population //Addict. Behav. V. 27. № 4. 2002.

Lee O., Shin M. Addictive consumption of avatars in cyberspace // Cyberpsychol. Behav, Aug. V. 7. №4. 2004.

Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries. EMCDDA, 2003.

Leibenluft E. Gender differences in mood and anxiety disorders: from bench to bedside // The American Psychiatric Association 152nd Annual Meeting, 1999.

Lejoyeux M., Loughlin M. M., Ades J. Epidemiology of behavioral dependance: literature review and results of original studies // European Psychiatry, V. 15. № 2. 2002.

Lejoyeux M,, Tassain V., Ades J. Compulsivesive buying, depression and antidepressants // European Neuropsychopharmacology. V. 5. № 3. 1995.

Leongard K. (Леонгард К.) Акцентуированные личности. Киев.: В ища школа.. 1981.

LeshnerA. /.Addiction is a brain disease, and it matters //Science, 1997, Oct., 3:278(5335): 45 7.

Lichtanberg J. D. Psychoanalysis and infant research / Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1983.

Links P., Target M. Developing effective services for patient with personality disorders // Canadian Journal of Psychiatry. V. 43. 1998.

Lorenz K. Evolution and modification of behavior. Chicago-London. Univ. of Chicago press. 1965.

Lowe A. The stigma attached to substance misuse // Practice Nurse. V. 19. № 9. 2000.

Lowenstein W., Gourarier L., Coppel A., Lebeau S., Hefez S. La methadone et les produits de substitution. Suivi du toxicomane par le medicine generaliste. Paris: Doin, 1995.

Lykken D, Tremor in the blood. Uses and abuses of the lie detector. N.Y, 1981.

Maccallum E, Blaszczynski A. Pathological gambling and comorbid substance use //Aust. N Z J Psychiatry. Jun. V. 36. № 3. 2002.

MaddockJ. W. Larson N. R. Incestuouse Families: An Ecological Approach to Understanding and Treatment. N.Y, 1995.

Maddux J. F. & Desmond D. B. Relapse and Recovery in Substance Abuse Careers / NIDA Res. Monogr. 1986,72:49-72.

Malatestinic D., Micovic V., Kendel G., Baricev-Novakovic Z. Assessment of psychological and social factors in adolescents risk behavior: questionnaire study // Croat. Med. .1. Feb. V. 46. № 1. 2005.

Mann P. £., Pasternak G. W, Bridges R. S. Mu 1 opioid receptor involvement in maternal behavior. Physiol Behav, 1990. Jan. 47(1) 133-138.

Marantz S.. Coates S. Mothers with boys with gender identify disorder: a comparison of matched controls//J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat. Vol. 30. №2, 1991.

Marb I. Behavioural (non-chemical) addictions // British J. Addict. 1990. V. 85.

Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M.. Lehmann P., Edwards C. & Strang J. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome //Addiction 1998, Dec, 93 (12): 1857-67.

Maxwell J. C. Party drugs: properties, prevalence, patterns, and problems//Subst. Use Misuse. V. 40. №9-10. 2005. P. 1203-1240.

McBride A. J. Toad's syndrome: Addiction to joy riding // Addiction Research. Mar. V. 8. № 2. 2000.

McCance-KatzE., Kosten T. Psychopharmacological treatments/ In Frances R. & Miller S. (Eds). Clinical textbook of addictive disorders. 2nd. ed. (P. 596-625). The Gilford Press. New York, 1998.

McCarty C. A., Ebel B. E., Garrison M. M., DiGiuseppe D. L., Christakis D. A., Rivara F. P. Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood // Pediatrics. Sep. V. 114. №3.2004.

McElroy S. L., Keck P. E. Jr., Phillips K A. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. J. Clin. Psychiatry, V. 56. Suppl 4. 1995.

McElroy S. L, Keck P. E. Jr., Pope H. G.Jr, Smith J. M. R., Strakowski S. M. Compulsive buying: a report of 20 cases // J. Clin. Psychiatry. V. 55. 1994.

McElroy S. L., Pope H. G., Hudson J. I., Keck Jr. and White K. /..Kleptomania: A Report Of 20 Cases//American Journal of Psychiatry, V. 148. 1991.

McKenzie M., TulskyJ. P., LongH. L, ChesneyM., Moss A. Tracking and follow-up of marginalized populations: a review // J. Health Care Poor Underserved. 1999, Nov., 10(4):409-29.

McLellan A. T., Luborsky L, Woody G. E., O'Brien C. P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index // J. Nerv. Ment. Dis. 1980; Jan; 168(1): 26-33.

Melnik E. V., Bitenskiy V. S. Characteristic features of drug addiction in adolescents with behavioural disorders (follow-up study) // European Psychiatry. V. 11. Suppl. 4. 1996.

Mentzel G. Arbeit Addiction // Z. Psychosom. Med. Psychoanal, Apr.-Jun. V. 25. № 2. 1979.

Milkman #., Frosch W. A. On the preferential abuse of heroin and amphetamine / Nerv. Ment. Dis. V. **156.** 1973.

Milkman H., Sunderwirth S. Craving for Ecstasy // Lexington Books, Lexington, Massachusetts. 1987.

Miltenberger R. G., Red!in J., Crosby R., Stickney M., Mitchell J., Wonderlich S., FaberR., Smyth J. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying // Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. V. 34. № I. 2003.

Miranda-Paiva C M., Nasello A. G., Yin A. J., Felicio L. F. Morphine pretreatment increases opioid inhibitory effects on maternal behavior//Brain Res Bull, 2001. Jul.. 1; 55(4):501-505.

Mitchell W., Falconer M. A., Hill D. Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy // Lancet. №-2. 1954.

Molcho M., Harel Y, Dina L. O. Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children//Int. J. Adolesc. Med. Health, Jul.—Sep. V. 16. №3. 2004.

Moncrieff M., Pearson D. Comparison of MMPI profiles of assaultive and non-assaultive exhibitionists and vouyeurs// Currective and Social Psychiatry and J. Behav. Tehnology. V. 25, 1979.

Money J. Forensic Sexology: Parafilic Serial Rape and Last Murder // Am. J. Psychoterapy. № 1, 1990.

MorabiaA., FabreJ., Chee E.,ZegerS., OrsatE., Robert A. Diet and opiate addiction: a quantitative assessment of the diet of non-institutionalized opiate addicts // British J. Nutrition. V. 84. 1989.

Moras K. Psychological and behavioral treatments for women // N1DA NIH Publication, № 98 (4289). 1998.

Moriceau S., Sullivan R. M. Corticosterone influences on Mammalian neonatal sensitive-period learning. Behav Neurosci. 2004. Apr. 118(2): 274-81.

Moriceau S., Sullivan R. M. Neurobiology of infant attachment // Dev. Psychobiol. 2005. Nov. 47(3): 230-42.

Moriceau S., Sullivan R. M. Unique neural circuitry for neonatal olfactory learning. J. Neurosci, 2004. Feb. 4; 24(5): 1182-9.

Moss H. B., Lynch K. G. Comorbid disruptive behavior disorder and their relationship to adolescent alcohol use disorders//Drug and Alcohol Dependence. V. 64. 2001.

Mullen P. £., *Pathe M.. Purcell R, Stuart G. W.* Study of Stalkers //Am. J. Psychiatry. V. 156. 1999.

Mullen P.E., Pathe M., Purcell R. Stalking: new constructions of human behaviour//Australian N. Z. J. Psychiatry, Mar. V. 39. № 3. 2005.

Muller A., Koch B., Rene F, Boutillier A. L., See V., LoefflerJ. P. Mechanisms of opioid tolerance and opioid dependence //Ann. Fr. Anesth. Reanim. V. 18. 1999.

Murphy M. H. Sport and drugs and runner's high (Psychophysiology) In J. Kroner and D. Scully (eds), Psychology in Sport. London: Taylor & Francis, 1993.

Nace E., Davis C. Treatment outcome in substance abusing patients with personality disorders // Am. J. of Addictions, № 24. 1993.

Nakamura S., Kimura E, Sakaguchi T. Postnatal development of electrical activity in the locus ceruleus. J Neurophysiol 58, 1987.

Narita M, *Funada M., Suzuki T.* Regulations of opiod dependence by opioid receptor types // Pharmacol. Ther. V. 89. 2001.

Narita M., Yajima Y., Suzuki T. A new turn of research for morphine dependens // Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. V. 35. 2000.

Nelson E. E., PankseppJ. Brain substrates of infant-mother attachmentxontributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. Neurosci Biobehav Rev. 1998. May. 22(3): 437-52.

Nelson E. S., Hill-Barlow D., Benedict J. O. Addiction versus intimacy as related to sexual involvement in a relationship // J. Sex. Marital Ther. V. 20. № 1. 1994.

Nestler E. J. Basic neurobiology of opiate addiction // Stine S. & Kosten T (Eds.), New treatment for opiate dependence (p. 34-67). The Gilford Press. New York, 1997.

Newman R. S., Whitehill W. B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong// Lancet, 1979. № 8.

Newman R.G. What's so special about methadone maintenance?//Drug Alcohol. Rev. 1994. Vol. 10.

O'Brien C. P. Drug addiction and drug abuse//Goodman &Gilman'sThe Pharmacological Basis of Pharmaceutics. 9th ed. New York: McGraw Hill, 1996.

O'Brien C. P., McLellan A. T. Myths about the treatment of addiction.// Lancet. 1996, Jan., 27; 347(8996): 237-40.

O'Connor J., Dickerson M. Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers //Addiction, Jan. V. 98. № 1. 2003.

Okruhlica L., Timulakova K., MihalekovaA., Klepova D. Methadone Maintenance Treatment in Slovakia. Euro-Methwork, 2000. № 18.

Oleshansky M. A., Zoltick J. A/., *Herman R. H, Mougey E. H., MeyerhoffJ. L.* The influence of fitness on neuroendocrine responses to exhaustive treadmill exercise // Eur. J. Appl. Physiol. Occup. Physiol., V. 59. 1990.

OrbachS. Hunger strike. London: Faber, 1986.

Orzack M. H. Computer addiction: What is it? // Psychiatric Times, August. V. 15. № 8. 1998 [journal on-line]; available from http://www.psychiatrictimes.com/p980852.html

OstlundA., Spak F, Sundh V. Personality traits in relation to alcohol dependence and abuse and psychiatric comorbidity among women: a population-based study // Subst. Use Misuse. Jul. V. 39. № 9.2004.

Pallanti S., Quercioli /,., *Sood E., Hollander E.* Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study//J. Clin. Psychiatry. Jul. V. 63. № 7. 2002. P. 559-64.

Parsons J. Opioid dependence. Are pharmacotherapies effective?//Australian Family Physician. 2002, Jan., 31(1): 4-5.

Parvizy S., Nikbahkt A., Pournaghash Tehrani S., Shahrokhi S. Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study//Nurs. Health Sci. Sep. V. 7. № 3. 2005.

Pasternak IV A. V. Pathologic Gambling: America's Newest Addiction? // American Family Physician, Oct. V. 56. №. 5. 1997.

Pathe M., Pureed R., Mullen P.E. Patients who stalk doctors: their motives and management // Med. J. Australia, V. 176. № 7.

Peele S. How Much is Too Much? Prentice Hall Publishers, New York, 1981.

Pelchat M. L. Food, craving, obsession, compulsion and addiction // Physiology and Behavior. 2002. V. 76. № 3.

Pelchat M. £., Food cravings in young and elderly adults//Appetite. 1997. V. 28.

Perdue W., Lester D. Personality characteristics of rapists // Perception and Motivational Skills, Oct. 352, 1972.

Petty N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers//J. Nerv. Ment. Dis., Jul. V. 190. № 7. 2002.

Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work *III.* Occup. Health. Psychol., Jan. V. l . № 1. 1996.

Potenza M. N. The neurobiology of pathological gambling // Semin. Clin. Neuropsychiatry, Jul. V. 6. №3.2001.

Powis B., Griffiths P., Gossop M., Strang J. The difference between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared//Substance Use& Misuse, №31 (5). 1996.

Principles of drug addiction treatment: a research based guide // NIDA. NIH Publication № 99-4180, Printed October, 1999.

Prochaska J. O., DiClemente C, NorcrossJ. In search of how people change: applications to addictive behaviors //Am. Psychol. J., 1992. Vol. 47.

Pugatch D., Strong L. L., Has P., Patterson D., Combs C, Reinert S., Rich J. D., Flanigan T., Brown L. Heroin use in adolescents and young adults admitted for drug detoxification // Journal of Substance Abuse. Oct. V. 13. № 3. 2001.

Purcell R, Pathe M,. Mullen P.E. A study of women who stalk //Am. J. Psychiatry, Dec. V. 58. № 12.2001.

Rapoport J. L. The neurobiology of odsessive-compulsive disorder // J. Amer. Med. Ass.. Nov., N 260. 1988.

Raviv M. Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers // Journal of Gambling Studies. V. 9. 1993.

Rawson R. A., WashtonA., Domier C P., Reiber C. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender // J. Subst. Abuse Treat, Mar. V. 22. № 2, 2002.

Rawson R., Washton A. Stimulant abuse and compulsive sex // Presentation at the 29,h Annual Scientific Conference of the American Society of Addiction Medicine, New Orleans, LA, April. 17. 1998.

Regard M., Knoch D., Gutting E., Landis T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers // Cogn Behav Neurol, Mar. V. 16. № 1. 2003.

Regier D.. Farmer M., Rae D., Locke B. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse // J. of the American Medical Association, V. 264. 1990.

Re id M., Burr J. Are eating disorders feminine addictions? //Addiction Research. V. 8. № 3. 2000.

RennerJ. A. Jr. Methadone maintenance: past, present and future //Adv. Alcohol Subst. Abuse. 1984.№3.

ReuterJ., Raedler T., RoseM., Hand/., GlascherJ., BuchelC. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system //Nat. Neurosci, Feb. V. 8. № 2. 2005.

Revitch E., Schlesinger[1] L. B. Clinical Reflections on Sexual Aggression. Human Sexual aggression. Ann. New York Acad. Sci. N.Y., 1988.

Riala K., Hakko H, IsohanniM., Jarvelin M.-R., Rasanen P. Teenage smoking and substance use

as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood // Journal of Adolescent Health. Sept. V. 35. № 3. 2004.

Ridlon F. V. A fallen angel: the status insularity of the female alcoholic. Lewisberg: Bucknell University Press, 1988.

RitsonE. B. Alcohol, drugs and stigma// International Journal ofClinical Practice. V. 53. № 7. 1999.

Robbins C. Sex differences in psychosocial consequences in alcohol and drug abuse // Health and Social Behavior, V. 30. 1989.

Roche H. The addiction process. Health communications. Deerfild beach. Florida, 1989.

Rogers P. J., Smit H. J. Food craving and food «addiction»: A critical rewiew of the evidence from a biopsychological perspective // Pharmacology Biochemistry and Behavior. V. 66. №. 1. 2000.

Rosen M. Use of farmacological agents in opiate detoxification // In Stine S. & Kosten T (Eds.), New treatment for opiate dependence (p. 94-103). The Gilford Press, New York, 1997.

Rosenbaum E., Kandel D. B. Early onset of adolescent sexual behavior and drug involvement // J. Marriage Family. № 52. 1990.

Roth T. L, Sullivan R. M. Examining the role of endogenous opioids in learned odor-stroke associations in infant rats. Dev Psychobiol, 2006. Jan. 48(1): 71-8.

Rozin P., Levine E., StoessC. Chocolate craving and liking //Appetite. V. 17. 1991.

Russel M. J., Mendelson P. & Peeks, HVS Mother's identification of their's infants odors. Ethol. Sociobiol. 1983.4,29-31.

Sachs M, *Pargman D.* Running addiction // In M. I. Sachs ans G. W. Bulfone (eds.) Running as Therapy: An Integrated Approach. Lincolm, NE, University of Nebraska Press, 1984.

Samohvalov V. P., Egorov V. /., Niedner B. Mother — infant interaction: a cross-cultural and evolutionary perspectives. Report, Forschung. fur humanethologie i.d.M.P.G., Andechs. 1992. Nov.

Samokhvalov V., Egorov V. General theory of evolution of human abnormal behaviour Inst. Hum. Ethology MPG, Andecks, 1994.

Samokhvalov V., Gilburd O. (1999) Hantian ritual of experience of loss («Hurrah») and its therapeutic meaning. Curare, 1999. 22:2.

SaxeL. Science and the CQT polygraph. A theoretical critique//Integr. Physiol. Behav. Sci., Jul-Sep; 26(3), 1991.

Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms//The Lancet, V. 352. №9133. 1998.

Schiffer F. Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers: technique and dynamics / Sust. Abuse Treatment. V. 5. 1998.

Schneider J. P., Irons R. R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse // Subst. Use Misuse, Dec. V. 36. № 13. 2001.

Schuckit M. A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. NY, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.

Schuckit M. A., Smith T. L. Correlates of unpredicted out comes in sons of alcoholics and controls // J. Stud. Alcohol. V. 62. 2001.

Schuckit M. A., Tipp J. E., Bucholz K. K, Nurnberger J. I., Hesselbrock V. M., Crowe R. R,, Kramer J. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls//Addiction. V. 92. 1997.

Schwartz M. F. Sexual compulsivity as post-traumatic stress disorder: treatment perspectives // Psychiatric Annals. V, 22. 1992.

ShapiraN. A., Goldsmith T. D., KeckJr. P. E., Khosla U. M., McElroyS. L. Psychiatric featuresof individuals with problematic internet use// Journal of Affective Disorders. January-March. V. 57. № I-3. 2000.

ShepsD. S., Ballenger M. N., De GentG. E., Krittayaphong R., DittmanE., Maixner W., McCarthney W., Golden R. N.. Koch G., Light K. C. Psychophysical responses to a speech stressor: correlation of plasma beta-endorphin levels at rest and after psychological stress with thermally measured pain threshold in patients with coronary artery disease // J. Am. Coll. Cardiol. V. 25. 1995.

Shotton M. A. Computer addiction? A Study of Computer Dependency. London. Taylor and Francis, 1989.

Siggins G R., Martin G. Roberto M., Nie Z, *MadambaS., De LeceaL.* Glutamatergic transmission in opiate and alcohol dependence//Ann. NY Acad. Sci., 2003.

Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look//Am. J. Psychoanal, V. 42. N 3. 1982.

Simons-Morton B., Haynie D.L., Crump A. D., Saylor K.E, Eitel P., Yu K. //Addictive Behaviors. 1999. V. 24. №.2.

Simpson D. & Sells S. Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program//Adv. Alcohol Subst. Abuse 2:7-29, 1982.

Singer L. T, Linares T. J., NtiriS., Henry R., MinnesS. Psychosocial profiles of older adolescent MDMA users // Drug Alcohol. Depend. 2004. Jun. V. 74. № 3.

Sinunel E. Psychoanalytic treatment in a sanatorium / Internal. J. Psychoanal. V. 10. 1927.

Soellner R. Club drug use in Germany //Subst. Use Misuse. V. 40. №9-10. 2005.

Solberg U., Burkhart G. Nilson M. An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway// International Journal of Drug Policy, 2002. Vol. 13.

Souzay Machorro M. Sex «addiction»: compulsion and controversy // Ginecol. Obstet. Mex., Oct. V. 70. 2002.

Spotts J. V., Shonts F. C. Drug induced ego states: a trajectory theory of drug experience / Soc. Pharmacol. V. I, 1987.

Stefano G. B., Fricchionc G. L. The biology of deception: emotion and morphine // Med. Hypothesis, V.44.№1. 1995.

Sullivan R. M. Developing a sense of safety: the neurobiology of neonatal attachment: Ann. NY Acad. Sci. 2003. Dec, 1008:122-31.

Swan N. Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders // NIDA notes. №7-8. 1997.

Swedo S. E., Rapoport J. L. Annotation: Trichotillomania // J. Child Psychol., Psychiat, V. 32. № 3. 1991.

TamerinJ. S., Neuman C. P. The alcoholic stereotype; clinical reappraisales and implications for treatment //Amer. J. Psychoan. V. 34. 1974.

Tavares H., Martins S. S., Lobo D. S.. Silveira C. M, *Gentil V., Hodgins D. C.* Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analys // J Clin. Psychiatry, Apr. V. 64. № 4. 2003.

Thomas V., Melchert T., Banкen J. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population // J. of Studies on alcohol. №60, 1999.

Thompson M. P., Kingree J. B. The frequency and impact of trauma among pregnant substance abusers: Pap. 58th Annu. Sci. Meet. Coll. «Probl. Drug Depend. 1996»//NIDA Res. Monogr. № 174. 1996.

Thompson N. L., Jr. Schwartz D. M., McCandless B. R., Edwards D. A. Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals // Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 41,1973.

ThomsonA. D., CookC. C. H., Touquet /?., *HenryJ. A.* The royal college of physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. Alcohol-Alcohol, 2002, 37 (6): 513-521.

Timmreck T. C Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting positive emotional health // Psychol. Rep., Apr. V. 66. № 2. 1990.

Tinbergen N. The Study of Instinct. Oxford, 1951.

Tomas-Rossello J. Use of pharmacotherapy for opioid dependence: world overview / Abstracts International Workshop «Pharmacotherapies for addiction: basic and clinical science». St.-Petersburg, 2003.

Toneatto T, BrennanJ. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers //Addict, Behav., May-Jun. V. 27. № 3. 2002.

Tong T. G, Baldwin J. N. Alcoholism // Herfindal E. T, Gourley D. R,, Hart L. L. (eds.), Clinical Pharmacy and Therapeutics (5'h ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

Trevarthen C. (1975) Growth of the visuomotor coordination in infants. J. Human Movement Stud., 1,57.

Vaillant G. E. Evaluation of treatment through the long-term follow-up // In H. Bostrum, T. Larsson & N. Ljungstedt (Eds.). Drug dependence: Treatment and treatment evaluation (p. 262-269). Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1975.

Vansteevsel M. J., Deboer T., Dahan A., MeijerJ. H, Differential responses of circadian activity onset and offset following GABA-ergic and opioid receptor activation. // J. Biol. Rhythms. V. 18. 2003.

Victor M., Adams R. D., Collins G. H. The Wernicke-Korsakoff syndrome and related neurological disorders due to alcoholism and malnutrition. 2ded. Philadelphia: F. A. Davis, 1989.

Vittadini G., Buonocore M., Colli G. et al. Alcoholic polineuropathy: a clinical and epidemiological study. Alcohol-Alcohol, 2001, 36 (5): 393^00.

Volberg R. A. Prevalence studies of problem gambling in the United States// J. Gambling Studies. V. 12. 1996.

Van Wimersma Greidanus T. B., BurbachJ. R, Veldhuis H. D. Vasopressin and oxytocin. Their presence in the central nervous system and their functional significance in brain processes related to behaviour and memory. Acta Endocrinol Suppl (Copenh)., 1986. 276: 85-94.

Wagner E. The hand test. Projectve test used as a predctor of overt aggresson // Psychology Tests, N.Y.,1971.

Wallace Jr. J. M., Bachman J. G, O'Malley P. M, *Schulenberg J'.* £., *Cooper S. M., Johnston L. D.* Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976-2000 //Addiction, V. 98. 2003.

WaltersG. D., Gilbert A. A. Defining addiction: Contrasting views of clients and experts//Addiction Research, V. 8. №3.2000.

Ward J., Hall W, Mattick R. P. Role of maintenance treatment in opioid dependence // Lancet. 1999. Vol. 353.

Washton, A. M. Cocaine addiction: treatment, recovery, and relapse prevention. New York: Norton. 1989.

Wasilov-MuellerS., EricksonC. K. Drug abuse and dependency: Understanding gender differences in ethiology and management//J. Am. Pharm. Assoc. №41 (1). 2001.

Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // Journal of Consulting and Clinical Psychology, Aug., 33:4, 1969.

Weijers H. G, Wiesbeck G. A., Wodarz N.. Keller H., Michel T., Boning J. Gender and personality in alcoholism //Arch. Women Ment. Health.. Nov. V 6. № 4. 2003.

Weiss P., Kozmikova T., Urbanek V. Psychological characteristics of deviant sexual aggressors // Sesk. Psychiatr. Vol. 89. № 6, 1995.

WelteJ., Barnes G, Wieczorek W, Tidwell M.C., AjrAer J. Alcohol and gambling pathology among U. S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity // J. Stud. Alcohol, Sep. V. 62. № 5. 2001.

Wharry S. You bet your life: e-gambling threat worries addiction experts // Canadian Medical Association Journal. V 165. 2001.

WiederH., Kaplan E. Drug use in adolescents/The psychoanalytic study of the child. V 24. 1969.

Wilsnack S. C, Vogeltanz N. D., Klassen A. D. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings//J. Stud. Alcohol. № 58. 1997.

Wilson E. O. (1975) Socibiology. The new synthesis. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1975.

WolfE. S. The disorders of the self and their treatment / Internal. J. Psychoanal. V 59. 1978.

Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use / J. Amer. Psychoanal. Assn. V 22. 1974.

Wurtman R. J. Wurtman J. J. The use of carbohydrate-rich snacks to modify mood state: A factor in the production of obesity//Anderson G. H., Kennedy S. H. (eds). The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders. San Diego: Academic Press, 1992.

Wurtman R J., HeftiE, MelamedE. Precursor control of neurotransmitter synthesis//Pharmacol. Rev. V. 32. 1981.

YongJ., KloskoJ., WeishaarM. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press. 2003.

Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior. V. 1. 1998.

Young K. S., Rodgers R. C. Internet addiction: Personality traits associated with its development // Paper presented at the 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association. 1998. [WWW document]. URL http://netaddiction.com/articles/personalitycorrelates.htm

Young S. N.. Smith S. E., Pihl R. O., Ervin F. R. Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males// Psychopharmacology (Berlin). V. 87. 1985.

Zack M., Poulos K. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers // Neuropsychopharmacology, 2004. V. 29. 2002.

Zimmermann R, Wittchen H. U., Hofler M., Pfister //., *Kessler R. C, Lieb R.* Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults // Psychol. Med., Oct. V. 33. № 7. 2003.

Zona M. A., Sharma K. K., Lane J. Acomparative study of erotomanic and obsessional subjects in a forensic sample//J. Forensic Sci. V. 38. 1993.

ZuckerK., GreenR., Garofano C, BradleyS., WilliamsK, Rebach //., *Sullivan C'.* Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: relation to sibling sex composition and birth order//J. Abnorm. Child Psychol. Vol. 22. № 1. 1994.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Аксельрод ***Борис Альбертович*** — старший научный сотрудник отделения анестезиологии Российского научного центра хирургии РАМН, кандидат медицинских наук.

Борцов Андрей Витальевич — руководитель отделения научно-медицинской информации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, кандидат медицинских наук.

Гарницкая Аэлита Сергеевна — врач медицинского наркологического центра (г. Киев), кандидат медицинских наук.

Грязное Алексей Николаевич — доцент кафедры менеджмента Казанского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук.

Цамулин Игорь Владимирович — профессор кафедры нервных болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор.

Егоров Алексей Юрьевич — профессор факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук.

Зобин ***Михаил Леонидович*** — главный врач медицинского центра, Москва.

Кершенгольц Борис Моисеевич — академик АН PC (Якутия), зав. кафедрой биохимии медицинского института Якутского государственного университета, главный ученый секретарь АН Республики Саха (Якутия), доктор биологических наук, профессор.

Клименко Татьяна Валентиновна — руководитель отдела Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, доктор медицинских наук, профессор.

Крупицкий Евгений Михайлович — главный нарколог Ленинградской области, руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний института фармакологии им. Вальдмана СПбГМУ им. И. П. Павлова, Руководитель отдела реабилитации больных с аддиктивными расстройствами НИПНИ им. В. М. Бехтерева, доктор медицинских наук, профессор.

Леонова Ольга Викторовна — старший научный сотрудник Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, кандидат медицинских наук.

Макаричева Эльвира Вячеславовна — доцент кафедры медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук.

Мейлахс Петр Александрович — сотрудник Центра независимых социологических исследований, Санкт-Петербург.

Менделевич Владимир Давидович — директор Института исследований проблем психического здоровья, завкафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, эксперт Всемирной организации здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор.

Певцов Глеб Владимирович — старший научный сотрудник ФГУ Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, кандидат медицинских наук.

Погосов Альберт Вазгенович — зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Савченков Владимир Анатольевич — заведующий отделением неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С. С. Корсакова Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, кандидат медицинских наук.

Садыкова Разия Габдулахатовна — руководитель отдела антинаркотической работы при Кабинете Министров Республики Татарстан, доктор медицинских наук.

Самохвалов Виктор Павлович — зав. кафедрой психиатрии Симферопольского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Самохвалова Оксана Евгеньевна— врач-психиатр, кандидат медицинских наук.

Сиволап Юрий Павлович — профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Московской медицинской академии, ведущий научный сотрудник клиники им. С. С. Корсакова Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, доктор медицинских наук.

Ткаченко Андреи Анатольевич — зав. лабораторией сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, доктор медицинских наук, профессор.

Фролова Алла Владимировна — зав. кафедрой практической психологии Татарского государственного гуманитарно-педагогического университета, кандидат психологических наук, доцент.

Цымбал Евгений Иосифович — старший научный сотрудник НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, советник юстиции, лауреат премии Правительства РФ в области образования, кандидат медицинских наук.

Чернобровкина Тамара Васильевна — профессор кафедры наркологии и психотерапии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, заместитель главного редактора журнала «Психическое здоровье», кандидат биологических наук, доктор медицинских наук, профессор.

ШайдуковаЛейла Казбековна — профессор кафедры психиатрии и наркологии Казанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Шевченко Юрий Степанович — зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор.

Шостакович Борис Владимирович — главный научный сотрудник Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, заслуженный деятель науки РФ. доктор медицинских наук, профессор.

Янушкевич Максим Вадимович — врач отделения неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С. С. Корсакова Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, кандидат медицинских наук.

Оглавление

Руководство по аддиктологии

Под ред. проф. В. Д. Менделевича

Главный редактор *И. Авидон*
Заведующая редакцией *О. Гончукова*
Художественный редактор *П. Борозенец*
Корректор *А. Борисенкова*
Директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 20.12.2006.
Формат 60x100 1/16. Печ.л.48.
Тираж 2000 экз. Заказ № 3806

ООО Издательство «Речь» 199178, Санкт-Петербург, а/я 96, «Издательство "Речь"» Тел. (812) 323-76-70,323-90-63 sales@rech.spb.ru Интернет-магазин: www.rech.spb.ru

Представительство в Москве:
(495) 502-67-07, **rech@online.ru**

За пределами России вы можете заказать наши книги в Интернет-магазине www.internatura.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ГУП «Типография "Наука"»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12